Міністерство освіти і науки України
Львівський національній університет імені Івана Франка

Л.І. ДІДКОВСЬКА

ПСИХОСОМАТИКА:
ОСНОВИ ПСИХОДІАГНОСТИКИ ТА ПСИХОТЕРАПІЇ

Навчальний посібник

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України

Львів
Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка
2010

УДК [616.89-071+615.851](075.8)6(6.80)+615.851
ББК Р357я73+Р64я73+61в03я73
Д-44

Рецензенти:

чл.-кор. АПН України, д-р психол. наук, проф. *Н.В. Чепелєва*
(Інститут психології ім. Г.С. Костюка АПН України)

доц., канд. психол. наук *І. А. Коваль*
(Київський національний медичний університет
ім. О.О. Богомольця)

доц., канд. мед. наук *Х.Р. Богута*
(Львівський національний медичний університет
ім. Данила Галицького)

Рекомендовано Міністерством освіти і науки України
як навчальний посібник для студентів вищих навчальних закладів
Лист № 1.4/18-Г-1185 від 23.05.08

Дідковська Л.І.

Д-44 Психосоматика : основи психодіагностики та психотерапії : навч. посіб. : [для вищ. навч. закл.] / Л.І. Дідковська. – Львів : Видавничий центр ЛНУ імені Івана Франка, 2010. – 264 с.
ISBN 978-966-613-679-7.

У навчальному посібнику розглянуто загальні питання психосоматики та основні напрями психосоматичних досліджень у вітчизняній та зарубіжній науці. Наведено методи психосоматичної діагностики та психокорекційної роботи з психосоматичними порушеннями.

Для студентів вищих навчальних закладів спеціальностей "Психологія", "Медична психологія" та фахівців у галузі психології, психотерапії.

УДК [616.89-071+615.851](075.8)6(6.80)+615.851
ББК Р357я73+Р64я73+61в03я73

ISBN 978-966-613-679-7

ЗМІСТ



ВСТУП

Психосоматичні розлади складають значну частину "хвороб цивілізації" і впродовж останнього століття були об'єктом інтенсивних досліджень у так званій психосоматичній медицині, зважаючи на їхню зростаючу роль у загальному захворювані населення. Частота психосоматичних розладів у загально-медичній практиці коливається від 30 до 57%, причому ці дані вважають заниженими [64].

Сучасне суспільство характеризується високим рівнем тривоги, що зумовлено наявністю різноманітних стресогенних впливів. Стрес, будучи, з іншого боку, механізмом, що сприяє адаптації організму у мінливих умовах зовнішнього середовища, з іншого боку, в найбільш виражених формах призводить до дезадаптації і дезінтеграції життєдіяльності організму. Це небезпечно через розвиток різних розладів. Віддзеркаленням цього є очевидне зростання захворюваності і, насамперед, пограничних психічних порушень. Серед них велику актуальність мають розлади психічної сфери, що виявляються здебільшого "соматичними" порушеннями — соматизованими психічними порушеннями (СПП). Такий контингент пацієнтів становить від 20 до 50% хворих, що звертаються у поліклініки.

СПП через свої клінічні особливості викликають великі діагностичні труднощі. Хворі протягом довгих років лікуються у лікарів різних спеціальностей. Вибір фахівця, до якого звертається хворий, багато в чому визначається локалізацією тілесних сенсацій, які потенційно можуть імітувати різні соматичні захворювання. Проблема поси-

люється тим, що лікарі часто не можуть диференціювати імітацію від реальної хвороби. Це призводить до неадекватної діагностики і лікування, сприяє ускладненню стану хворих, поглибленню соматизації і спричинює багаторічний "марафон" хворих у найрізноманітніших медичних установах.

Психосоматика, в широкому значенні слова, включає всі взаємодії між поведінкою (думки, емоції, дії) і соматичним захворюванням. Існування таких відносин визнавали впродовж сторіч. По суті, медичне лікування спиралося зазвичай на психологічні принципи аж до початку сучасної ери медицини з кінця XIX століття.

Лікарі рідко звертаються за допомогою до психологів, коли лікують "психосоматичних" хворих. Консультативна допомога є "бідним родичем" у більшості психіатричних відділень. Одна з причин цього полягає у тому, що вимоги психосоматичного підходу йдуть врозріз з тим шляхом, яким лікарі традиційно вважають за краще йти — шляхом інтерпретації симптомів як прояву порушень у різних органах. Якщо істинна проблема полягає у функціонуванні всієї особистості, традиційні медичні процедури перестають давати ефект. Звичним "рішенням" у такий момент стає пошук психологічного пояснення. Така послідовність подій часто переконує хворих у тому, що "психологічне" негідне серйозної уваги.

Ця тенденція діагностики шляхом виключення приводить професіоналів до етикетування симптомів як психосоматичних, якщо вони не знають їхньої причини.

Теорії специфічності. *За теорією специфічності кожен психосоматичний розлад викликається визначеною психологічною констеляцією. Теорії специфічності поділяють на чотири головні групи: а) теорія специфічності особистості; б) теорія специфічності конфлікту; в) теорія специфічності емоцій і г) теорія специфічності патерну реагування.*

Теорію специфічності особистості пов'язують, здебільшого, з ім'ям Флендерс Данбар. Згідно з цим підходом, певні риси особистості ведуть до специфічних соматичних симптомів. Ці ідеї нещодавно повернулися знову як



"фактори ризику", що представляють схильність до захворювання.

Теорія специфічності конфлікту є подальшим розвитком психоаналітичного поняття конверсії, згідно з яким несвідомі конфлікти вирішують шляхом "конвертації" в соматичні симптоми.

Усі теорії специфічності шукають вирішення проблеми "вибору симптому" на психологічній основі. Вибір симптому просто означає: "Чому хворий А захворів астмою, а хворий В — гіпертонією?" За гіпотезою специфічності емоцій припускають, що специфічні емоції призводять до певних соматичних змін і, зрештою, до конкретних соматичних порушень.

Теорія специфічності патерну реагування ґрунтується на індивідуальних відмінностях у патернах реакції на стрес. Шлункове реагування схиляє до розвитку виразкової хвороби, судинне — до появи гіпертонії. Ця концепція переводить вибір симптому на фізіологічний рівень і передбачає, до певної міри, сучасніші розробки.

***Теорії неспецифічності.** Принцип неспецифічності затверджує етіологічний примат психологічних чинників, щонайменше в деяких випадках певних соматичних захворювань, але залишає спроби пояснення вибору симптомів. Це пояснення визначається конструкцією "ранимого органа" (organ vulnerability).*

Гіпотеза алекситимії (alexithymia) відноситься до традиції неспецифічності. Алекситимікам важко відчувати або виражати емоції так, як це роблять інші люди. Їх вважають особливо схильними до психосоматичних розладів.

Жодна з цих теорій емпірично не підтверджена, хоча всі вони пояснюють якісь феномени. Психосоматика — складна галузь, у якій множинна етіологія є вірогіднішою, ніж лінійні послідовності. Ця складність зумовлює безплідність наукових досліджень, якщо вони засновані на простих кореляціях між погано зміряними психологічними змінними і соматичними симптомами. Необхідне також вивчення патогенних зовнішніх і опосередковано діючих чинників.

Термін психосоматичні розлади (psychosomatic disorders) загалом означає тип психічного захворювання, етіологія або перебіг якого спричинена значущими психологічними чинниками. До психосоматичних розладів відносять такі захворювання як виразка шлунка, астма і есенціальна гіпертонія; їхня представленість не обмежується якоюсь однією фізіологічною системою.

До кінця XIX ст. наукова медицина, ґрунтуючись на понятті соматичної хвороби, досягла великого прогресу, завдяки відкриттям у патологічній анатомії, мікробіології і біохімії. Теорія З. Фрейда про несвідоме, вчення І.П. Павлова про умовні рефлекси і концепція. У Кеннона про реакції нападу і втечі дали низку важливих психологічних понять, що стимулювали розвиток психосоматичного підходу в охороні здоров'я.

Рання психосоматична методологія складалася головно з клінічних спостережень. До кінця 1950-х рр. усе більше психологів були залучені в лабораторні і клінічні психосоматичні експерименти. Знижувався інтерес до досліджень, присвячених психоаналітичній інтерпретації психосоматичних проблем; в експериментальних роботах усе більше вивчали біологічні реакції людини на гіпноз, вироблення умовних реакцій, введення і депривацію сенсорної інформації. Психосоматичні дослідження на тваринах надали важливу для фізіології людини і клінічної практики наукову інформацію.

***Теоретичні концепції.** З. Фрейд підкреслював роль психічного детермінізму у соматиці конверсійної істерії. Послідовники З. Фрейда продовжують розробляти психоаналітичні концепції відносно психосоматичних феноменів — Ф. Данбар описав профілі особистості психосоматичних пацієнтів (наприклад, особистості хворих з виразкою шлунка, серцевою патологією, артритом), Ф. Александер проаналізував психодинамічні патерни, що лежать в основі астми, виразки, артриту, гіпертонії та інших розладів.*

У Східній Європі під впливом вчення І.П. Павлова про нейрофізіологію і умовні рефлекси домінувала кортико-вісцелярна теорія. У Сполучених Штатах психологічна теорія стресу у вигляді концепції У. Кеннона про гомеостаз

організму, праці Харольда Вольфа про адаптивні біологічні реакції і Ганса Сельє про гіпофізарно-адреналові реакції заклали основу психосоматичних досліджень і клінічних підходів. Розробляли також соціальні та екологічні концепції.

Тип хвороби. У 1950 р. Ф. Александер дав перелік семи класичних психосоматичних хвороб: есенціальна гіпертонія, виразка шлунка, ревматоїдний артрит, гіпертиреоїдизм, бронхіальна астма, коліт і нейродерміт. Пізніше в МКБ-9 був приведений повніший перелік психосоматичних розладів.

1. *Психосоматичні розлади з органічним пошкодженням тканин — астма, дерматит, екзема, виразка шлунка, мукозний коліт, виразковий коліт, уртикарії і психосоціальна карликовість.*
2. *Психосоматичні розлади, що не супроводжуються органічним пошкодженням тканин — психогенна кривошия, задишка, психогенна гикавка, гіпервентиляція, психогенний кашель, позіхання, кардіоневроз, серцево-судинний невроз, нейроциркуляторна астенія, психогенний серцево-судинний розлад, психогенне свербіння, аерофагія, психогенна циклічна блювота, психогенна дисменорея і бруксизм.*

Лікування. Ранні витоки психосоматичної медицини складали психоаналітично орієнтовані терапевтичні підходи, такі як підхід Ф. Александера і його колег. За останні десятиліття більшого поширення набули й неаналітичні методи психотерапії. Вдосконалення фармакотерапії дало змогу психіатрам з успіхом застосовувати психотропні препарати, в тім числі різні транквілізатори та антидепресанти. Групова психотерапія особливо показана, наприклад, пацієнтам із бронхіальною астмою, яким допомагає спілкування з особами, що мають ті ж проблеми, і вчення ідентифікації та вербалізації значущих емоцій, пов'язаних із хворобливим станом.

У випадках, коли психосоматичні реакції є результатом засвоєного стилю поведінки — наприклад, певні сексуальні дисфункції, — ефективним методом є поведінкова терапія.

Гіпноз, одна із старих форм психосоматичної терапії, ефективний в лікуванні таких розладів, як гіпервентиляція, виразка шлунка, головні болі.

За останнє десятиліття помітний інтерес психологів до використовування методів релаксації у терапії головних болей та інших спричинених стресом розладів. У лікуванні психосоматичних розладів використовують, крім цього, принципи і методи трансцендентальної медитації, йоги тощо.

Розділ 1

Головні напрями зарубіжної та вітчизняної психосоматики



1.1. Загальні поняття психосоматики

Під психосоматичними розладами розуміють ті різноманітні прояви порушень з боку органів і систем організму, які виникають і загострюються під впливом психогенних (психологічних) чинників.

Через виявлення і тривалість їхнього перебігу психосоматичні порушення можна розділити на психосоматичні реакції, функціональні психосоматичні порушення і власне психосоматичні захворювання.

Психосоматичні реакції – це короткочасні зміни з боку різних систем організму. До них відносять: почастішання пульсу, підвищення артеріального тиску, зміну частоти і глибини дихання, почервоніння або блідість шкірних покривів, раптову м'язову слабкість, короткочасне порушення стільця або сечовипускання і безліч інших фізіологічних і короткочасних розладів, що виникають після психічних переживань. Ймовірно, до психосоматичних реакцій треба також віднести деякі тимчасові зміни, що фіксуються за допомогою біохімічних методів дослідження: зміни змісту цукру в крові, її здатності згущуватися, або імунної активності тощо.

Функціональні невротичні порушення різних органів: серця, шлунка, кишечнику тощо, є тими функціональними розладами, які зазвичай сконцентровані в певних органах, причому зміни в цих органах носять функціональний характер і неможливо знайти об'єктивних ознак ураження цих органів.

У походженні класичних психосоматичних захворювань, до яких відносять: виразкову хворобу дванадцятипалої кишки, бронхіальну астму, гіпертонічну хворобу, нейродерміт, неспецифічний поліартрит, тиреотоксикоз і виразковий коліт, а останнім часом сюди відносять онкологічні захворювання і зниження імунної активності, де визначальну етіологічну роль виконує несприятливий психологічний фактор. Він також загострює перебіг захворювання, призводить до рецидивів та суттєво забарвлює клінічну симптоматику хвороби. Проте, об'єктивні методи



дослідження виявляють органічне пошкодження тканин різних органів, спричинене тривалим порушенням функції цих органів.

Зазначимо умовність границь між різними формами психосоматичних розладів. Описані вище критерії їхньої переваги, як це можна зауважити, також носять досить умовний характер і, у деяких випадках трапляються або їхні певні поєднання або різної міри проявляння.

> Для психосоматичних захворювань характерне тривале протікання, стійкість до традиційного лікування (звичні й ефективні для цього захворювання ліки і процедури допомагають погано або ненадовго), періоди загострення захворювання чітко прив'язані до психологічних чинників (стреси, конфлікти). Часто буває недостатньо ліквідувати сам психотравмуючий фактор або фактор, що запускає загострення захворювання. Основа його лежить глибоко в несвідомому, часто сягаючи корінням у раннє дитинство.

Поширеність цих розладів у дитячому і підлітковому віці не тільки значна, але і постійно збільшується. Оцінка частоти психосоматичних розладів важка, особливо в дитячому віці, оскільки не завжди вдається провести диференціальний діагноз. Проте, за даними в амбулаторній практиці в Німеччині є близько 40% дітей з нервово-психічними і психосоматичними захворюваннями, в Норвегії, Чехії і Словаччині – 35,5%, у Росії до 40%. За іншими даними, серед дітей із соматичними захворюваннями психосоматичні розлади виявляються у 9,3–23,6% випадків.

Діагностика психосоматичних захворювань вельми утруднена, проте можна виділити низку ознак, за наявності яких з великою ймовірністю можна запідозрити психосоматичну патологію. Стисло їх можна перелічити в такому списку:

Діагностичні ознаки психосоматичних захворювань:

Біологічний рівень

- спадкові соматичні захворювання у батьків;
- спадкові нервово-психічні захворювання у батьків;
- ускладнення перенесених раніше соматичних захворювань і травм;
- виражене переважання симпатичного або парасимпатичного регулювання;
- виражене порушення взаємодії між півкулями головного мозку;
- множинність соматичних симптомів (більше 3 у чоловіків і більше 5 у жінок).

Особистісний рівень

- сильно виражена акцентуація особистості;
- алекситимія;
- форми психологічного захисту, незрілість захистів;
- психологічні травми дитинства;
- розчарування, втрата близького;
- психологічна вигода хвороби для особистості;
- наявність внутрішньо-особистісного конфлікту;
- нефункціональні інтроекти, поведінкові патерни, установки, копінг-механізми.

Мікросоціальний рівень

- дисфункціональна сім'я;
- уникнення прямого вираження почуттів у сім'ї;
- позитивне підкріплення хворобливого симптому на рівні сім'ї, вторинна вигода для стабілізації сім'ї;
- роз'єднаність, конфлікт батьків;
- конфлікт сиблінгів;
- розмиті межі сім'ї;
- порушення внутрішньо-сімейної комунікації (агресія, покарання, насильство, інцест, відчуженість, гіперпротекція, нестача уваги, порушення сепарації);
- патологічні залежності одного з членів сім'ї (наркотики, алкоголізм, азартні ігри);
- виховання поза домом або у забиранні від одного з батьків;
- проблеми комунікації з однолітками в школі;
- конфлікти з учителями;
- втрата любові;
- втрата близької людини;
- зміна школи, дитячого саду, місця проживання, вступ уперше в школу.

Макросоціальний рівень

- стихійні, екологічні лиха;
- еміграція;
- воєнні дії, терористичні акти;
- матеріальні і житлові труднощі;
- соціально-економічна і політична ситуація в суспільстві;
- національна і етнічна ворожнеча.

Найсуттєвішою для формування психосоматичної патології є наявність психологічної вигоди хвороби, можна навіть сказати

більше – немає психосоматичного захворювання без психологічної вигоди.

Крім того, характерною рисою багатьох психосоматичних хворих є алекситимія – нездатність висловити свої почуття, емоції, переживання.

Основні ознаки алекситимії:

1) трудність у визначенні та описі власних почуттів;
2) трудність у проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями;
3) зниження здатності до символізування, про що свідчить бідність фантазії та інших проявів уяви;
4) фокусування здебільшого на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Такі люди не можуть виразити своє почуття як словами, так і образами і метафорами. Відносини з іншими людьми часто здаються цілком нормальними, але якщо уважно подивитися, то у цих відносинах немає глибини і розуміння. Часто відносини з близькими будуються на звичних ритуалах і закладених з дитинства принципах. У деяких випадках такий тип формується у сім'ях, де існує соціальна заборона на прояв своїх почуттів. І коли страждання, психологічна травма не може бути "випущена назовні", виникає психосоматичне захворювання.

1.2. Психодинамічні концепції та "гіпотеза специфічності" психологічних факторів у генезисі психосоматозів

1.2.1. Психоаналітична теорія

В основі психоаналітичної теорії лежать ідеї внутрішньо-особистісного конфлікту – наявність у психіці людини двох однакових за силою мотивів, але протилежної спрямованості. Зазвичай, конфлікт закладений ще у дитинстві і вказує на певний тип особистості. Наприклад: розвиток гіпертонічної хвороби пов'язаний з внутрішньо-особистісними конфліктами. При цьому, для хворих характерне прагнення до соціально-нормативної поведінки з одного боку, з іншого – прагнення володарювати над оточуючими. Ці два мотиви – протидія, у разі якої виникає психічна і фізіологічна напруженість, що зумовлює підвищення артеріального тиску. При виразковій хворобі дванадцятипалої кишки у пацієнта з одного боку помітна потреба в захисті, опіці, під-

тримці оточуючих, а з іншого – неприймання себе, цієї потреби, витіснення її.

Виникнення багатьох захворювань можна зрозуміти на основі тенденції витисненого потягу, який виявляється через розлад функції органа. Якщо ця тенденція – конверсія на орган – зворотна, то йдеться про невроз (істерія), але якщо ж вона не піддається зворотному розвитку і приводить до деструкції органа, то йдеться про психосоматичне захворювання.

Ортодоксальний психоаналіз пояснював виникнення соматичних розладів дуже просто: ураження тієї або іншої системи органів залежить від змісту несвідомого конфлікту. Наприклад, артроз суглоба пальця виникає після того, як людина набрала номер телефону, чекаючи неприємної розмови, а нервове свербіння (екзема) є ніщо інше, як еквівалент статевого акту, оскільки є всі його фази: наростає напруга і незадоволення з потребою розрядки, потім самі дії (чухання) і подальший спад напруги (схема статевого акту). У будь-якому випадку в несвідомій сфері є сексуальний конфлікт, але невроз або сублімація не виникали, і в результаті страждають внутрішні органи.

Неофрейдисти (Р. Салліван, Е. Фромм, К. Хорні) розглядали психосоматичне захворювання складніше – як результат порушення біологічних і соціальних механізмів адаптації до загальноприродного і соціального середовища. Наприклад, психосоматичну специфічність убачають не в сексуальному конфлікті, а в неофрейдиському аспекті "вибору свободи і відповідальності людини за те, що вона вибирає". Е. Фромм, зокрема, стверджує, що симптоми головного болю і болей у плечовому поясі є своєрідним символізуванням емоцій заклопотаності людини, вираз важкості "несення свободи".

1.2.2. "Теорія психосоматичної специфічності" Ф. Александера

Найпомітнішою фігурою в психоаналітичному трактуванні психосоматичної проблеми є Ф. Александер. Він приїхав у США з Німеччини сформованим психоаналітиком, у 1939 р. заснував психоаналітичний інститут Чикаго, де започаткував перші систематичні дослідження психосоматичних взаємостосунків у психоаналітичному аспекті. Він вивчав роль психічних чинників в етіопатогенезі шлунково-кишкових, дихальних, а потім і серцево-судинних розладів. У 1934 р. Ф. Александер сформулював принципи, які лягли в основу концепції специфічності.



1. Психічні чинники, що викликають соматичні розлади, мають специфічну природу і включають певне емоційне ставлення пацієнта до оточення або до власної особистості. Правильне знання цих причинних чинників можна набути в ході психоаналітичного лікування.

2. Свідомі психологічні процеси пацієнта виконують підлеглу роль у причинах соматичних симптомів, поки такі свідомі емоції і тенденції можуть бути вільно виражені. Придушення емоцій і потреб викликає хронічну дисфункцію внутрішніх органів.

3. Актуальні життєві ситуації пацієнта звичайно діють, тільки прискорюючи розлади. Розуміння причинних психологічних чинників може ґрунтуватися лише на знанні розвитку особистості пацієнта, оскільки тільки він може пояснити реакцію на гостру травмуючу ситуацію.

На відміну від Ф. Данбар, Ф. Александер підкреслював значення психодинамічного конфлікту як більш важливого в природі психосоматичного розладу, ніж особистісний профіль. За Ф. Александером в етіології психосоматичних розладів важливі три чинники: успадкована або рано набута органна або системна недостатність, психологічні патерни конфлікту і сформований в ранньому дитинстві захист, актуальні життєві ситуації.

Психоаналітичний інститут Чикаго під керівництвом Ф. Александера, використовуючи психоаналіз як терапевтичний підхід, проводив різноманітні дослідження дихальної системи (бронхіальна астма, сінна лихоманка), серцево-судинної системи (гіпертензія, мігрень), ендокринно-метаболічних розладів (діабет, гіпоглікемія), шкірних хвороб (екзема нейродерміт тощо), захворювань суглобів і скелетної мускулатури (ревматоїдний артрит). Було з'ясовано, що у разі низки захворювань серцево-судинної, шлунково-кишкової, ендокринної, м'язової і шкірної систем фізіологічні відповіді на різні емоційні напруження були індивідуально постійні і різні у кожної групи захворювань. Крім того, вегетативні дисфункції, що виникають унаслідок внутрішнього емоційного конфлікту, корелювали із специфічними фізіологічними відповідями. У своїй книзі "Психосоматична медицина" Ф. Александер визначав специфічність як "фізіологічні відповіді на емоційні стимули, нормальні або хворобливі, які різняться природою емоційного стану. Ці вегетативні відповіді на різні емоційні стимули відрізняються якістю емоцій". До моменту виходу цієї книги Ф. Александера було виділено шість специфічних психосоматичних захворювань: виразка дванадцятипалої кишки, ревматоїдний

артрит, виразковий коліт, бронхіальна астма, нейродерміт і гіпертензія. Дослідження тиреотоксикозу надалі завершилося приєднанням сьомого захворювання до "Проекту психосоматичної специфічності". У роботі Ф. Александера, Т. М. Френча і Г. Поллока затверджено: "В цілому наш тривалий статистичний аналіз указує, що можуть бути абсолютно достовірні відмінності між сімома специфічними захворюваннями на основі психологічних зразків, пов'язаних з кожним з них". За рік до смерті Ф. Александер писав: "Я вважаю, що в деяких випадках психологічні чинники можуть бути етіологічно більш важливі, в інших – менш. Моя точка зору полягала тільки у тому, що вони помітно присутні в специфічних розладах при семи захворюваннях, суть яких була нами досліджена". Практична цінність досліджень Ф. Александера полягає у тому, що якщо специфічні психологічні особливості характерні для певних захворювань, то це дасть можливість ранньої діагностики соматичного ураження за психологічними характеристиками пацієнта. Подальші дослідження Г. Поллока показали, що пацієнти з характерними психодинамічними констеляціями та уразливістю соматичної системи або органа мають високий ризик розвитку специфічного соматичного захворювання. Тривають пошуки кореляцій між специфічним емоційним конфліктом і соматичним захворюванням. Зберігається також тенденція розглядати психосоматичну хворобу як вираження захворювання структури "Я". Якщо в ході життя почуття "Я" і почуття реальності людини не одержують повного розвитку, йому доводиться переадаптуватися до вимог зовнішнього світу або до стану відгородженої від багатьох сфер життя. Індивідуум із психосоматичним захворюванням реагує на труднощі в соціальній, професійній, особистій ситуації втечею в помилкову ідентичність. Таким чином він прагне піти від реального, актуального питання "хто я?", замінюючи його симптомо-орієнтованим питанням "що зі мною, чим я страждаю?". Іншими словами, питання про його власну ідентичність замінюється питанням про симптом, який представляє інтерналізований образ матері раннього дитинства, оскільки вона була здатна реагувати по-материнському тільки тоді, коли дитина була хвора.

Ф. Александер велике значення надавав "вегетативному супроводу" емоцій у виникненні патології органа. Якщо емоція не відреагована в діях або в символічній формі (конверсія), то це призводить до хронічних вегетативних порушень і зрештою до деструкції органа. Найчастіше не можуть вільно виражатися і реалізовуватися ворожі, еротичні імпульси, почуття провини і неповноцінності. Їхнє несвідоме придушення і призводить до хронічної дисфункції органів.



1.2.3. Концепція "особистісних профілів" Ф. Данбар

Американська лікарка F. Dunbar (1943) визначила кореляцію між соматичними типами реакцій і постійними особистісними параметрами. Вона вивчила велику кількість хворих з різними соматичними захворюваннями і помітила значну схожість в особливостях особистості хворих однієї нозології.

В результаті безпосередніх клінічних спостережень Ф. Данбар визначила у 80% людей, що мали повторні нещасні випадки, характерний особистісний профіль, який вона назвала "особистість, схильна до нещасть". Це імпульсивні люди, які ведуть неврегульований спосіб життя, люблячі пригоди, живуть одним моментом, піддаються будь-якому спонтанному пориву, не контролюють свою агресивність відносно інших людей, особливо таких, що користуються авторитетом. При цьому вони проявляють тенденцію до самопокарання, яка витікає з неусвідомленого почуття провини.

У подальшому були описані: "виразкова особистість", "артритна особистість" і т.д. Вважаючи, що особистісні профілі мають важливе діагностичне, прогностичне і терапевтичне значення, Ф. Данбар описує і загальні особливості, властиві всім хворим із психосоматичними розладами. Ці особливості виражаються в інфантильності, сильній здібності до фантазування, у недостатньому залученні в ситуацію, хворі часто не здатні до словесного опису тонких нюансів своїх почуттів і переживань.

В англо-американській літературі різних років було описано характерні особистісні профілі для хворих на грудну жабу, гіпертонічну хворобу, бронхіальну астму, хворобу виразки шлунка, спастичний коліт, ревматоїдний артрит, мігрень тощо.

1.2.4. Модель десоматизації-ресоматизації М. Шура

Розвиток здорової дитини М. Шур (1955) характеризує як процес "десоматизації". Грудні діти через їхні недорозвинені, недиференційовані психічні і соматичні структури на зовнішні дії реагують дифузно, соматично і несвідомо. Найбільш ранні дитячі реакції задоволення і незадоволення проявляються в некоординованій м'язовій діяльності. Дитина відповідає на ситуацію страху руховою бурею, ця тенденція може виявлятися і пізніше. Психічний і соматичний елементи в реакціях у них ще нерозривно пов'язані один з одним. У міру дорослішання соматичних форм реагування стає менше і дитина починає дозволяти все

більш усвідомлені, когнітивні форми опрацьовування небезпек і ситуацій страху (вторинні психічні процеси, за Фрейдом).

М. Шур розглядав психосоматичну регресію (ресоматизація) як крок назад до первинного рівня, на якому душа і тіло ще реагували як єдине ціле, соматично розряджаючи напругу. Ресоматизація можлива при "слабкості" і нестабільності "Я", коли в обтяжуючих ситуаціях активізуються несвідомі, невротичні конфлікти і під тиском невпевненості в собі може настати регрес на інфантильно-соматичні, фізіологічні форми реагування.

1.3. Стрес і "неспецифічність" ролі психосоціальних факторів у генезисі психосоматозів

Існує альтернативна попередній гіпотеза про те, що психічні чинники виконують неспецифічну роль у переплетенні багатофакторних причин хвороб.

Очевидно, що важливою групою причин виникнення різних соматичних захворювань є негативні емоції. При деяких захворюваннях вони виконують основну роль. Відомо, які механізми відповідальні за те, що емоції викликають соматичні розлади. Емоції впливають на: 1) імунну систему; 2) гормональний стан; 3) периферичну фізіологічну активацію (наприклад, частоту серцебиття і артеріальний тиск). Велику роль виконують, насамперед такі емоції.

А. Важливими для виникнення виразки шлунка або дванадцятипалої кишки є емоції, що виникають в недостатньо контрольованих ситуаціях: тривога, відчуття безпорадності і перевантаження.

Б. Гнів, орієнтований на подолання виниклої проблеми, навпаки, є головною причиною виникнення есенціальної гіпертонії (підвищеного кров'яного тиску) та унаслідок цього стенокардії та інфаркту міокарда. Гнів і ворожість відносяться до тих компонентів особистості "типу А", в яких укладено відмінність між особистостями, що мають і не мають серцево-судинні захворювання.

В. Для інших розладів (таких, як астма, шкірні захворювання тощо), навпаки, менш зрозуміло, які емоції є причинами їхнього виникнення.

З погляду психології відносин негативне переживання є наслідком порушення відносин людини; хворобливого ж патогенного характеру воно набуває при розладах відносин особистості, які займають головне

місце в загальній системі відносин людини до дійсності. Їхня значущість – основна умова емоційно-афектної напруги, нейровегетативно-ендокринний корелят якого є центральною ланкою у механізмах розвитку психосоматичних розладів.

Неспецифічні теорії виникнення психосоматичних розладів підтверджуються і експериментальними фактами на тваринах. У разі хронічного стресу у тварин розвиваються психосоматичні розлади (наприклад, пептична виразка), але у тварин навряд чи є риси специфічної особи, або несвідомий психологічний конфлікт, властиві людині.

Російський фізіолог І. П. Павлов (1849–1936) в рамках вищої нервової діяльності розрізняв умовні і безумовні рефлекси. Безумовні (природжені, підкіркові) рефлекси відповідають тому, що розуміється під інстинктами і спонуками, і слугують задоволенню елементарних потреб.; умовні рефлекси – прижиттєві утворення – і є результатом научіння.Під час побудови психосоматичних теорій модель умовних рефлексів виявилася цікавою. Зокрема, експериментально показано, що напади бронхіальної астми на введення антигену вдається у тварин умовно-рефлекторно пов'язати з акустичним сигналом уже через декілька підкріплень. А якщо виробити два умовні рефлекси з протилежними реакціями і далі дати відповідні подразники одночасно (моделювання т.зв. експериментального неврозу), то піддослідні тварини демонструють поведінкові і вегетативні порушення аж до необоротних органічних уражень (гіпертонія, інфаркт міокарда).

Пізніше К.М. Биков та І.Т. Курцин (1960) створили кортико-вісцелярну гіпотезу походження психосоматичних захворювань. Виникнення останніх пов'язане з первинним порушенням кіркових механізмів управління внутрішніми органами, зумовленими перенапруженням процесів збудження і гальмування в корі мозку. На тваринах були експериментально створені моделі неврозу серця, судин, шлунка і кишечнику.

1.3.1. Хронічний неспецифічний стрес

Г. Сельє увів поняття адаптаційного синдрому, який, протікає порізному, залежно від того, в якій початковій ситуації знаходиться індивід. Адаптаційний синдром – це комплекс реакцій адаптації живого організму у відповідь на значні за силою й тривалістю несприятливі впливи (стресори). Сукупність ознак, що характеризують цей функціональний стан, Ганс Сельє описав у 1936 році й назвав стресом.

Динаміка адаптаційного синдрому зазвичай має три стадії: стадія тривоги, резистентність та виснаження. На стадії тривоги, яка може тривати від кількох годин до двох діб, проходить дві фази: фаза шоку та проти-шоку, на останній з яких відбувається мобілізація захисних сил організму. Стадія стійкості (резистентності) відображає повну адаптацію до стресора, настає етап стабілізації, коли організм адаптується, звикає до ситуації. Третя стадія – виснаження – неминуче настає, якщо стресор виявляється достатньо сильним і тривалим. При цьому вегетативна нервова та ендокринна системи понадміру реагують на стрес, що викликає зміни організму. Саме у фазі виснаження відбувається злам регулюючих механізмів з необоротними соматичними змінами. Отож, загальний адаптаційний синдром може бути посередником між психосоціальним стресом і психосоматичним захворюванням.

Перші дослідження проявів стресу відносилися до дії певних гострих ситуацій, але і хронічний неспецифічний стрес з різним ступенем тривожності також знаходить фізіологічні кореляти з психосоматичними розладами у генетично схильних суб'єктів.

Виділяють такі ознаки стресового напруження:

1) неможливість зосередитися на чому-небудь;
2) часті помилки в роботі;
3) погіршення пам'яті;
4) часте виникнення відчуття утоми;
5) дуже швидка мова;
6) досить часті болі (голова, спина, ділянка шлунка);
7) підвищена збудливість;
8) робота не приносить колишньої радості;
9) втрата почуття гумору;
10) різко збільшене число викурюваних сигарет;
11) пристрасть до алкогольних напоїв;
12) постійне почуття недоїдання;
13) втрата апетиту;
14) неможливість вчасно закінчити роботу.

У психології ствердилось поняття – синдром "емоційного згорання", який увів американський психіатр Х. Дж. Фрейденбергер у 1974 році для характеристики психологічного стану здорових людей, що знаходяться в інтенсивному і тісному спілкуванні з клієнтами, пацієнтами, в емоційно напруженій атмосфері під час надання професійної допомоги. Фрейденбергер описав такий синдром як специфічну реакцію організму на робочий стрес під назвою "burn-



out" – "вигорання". Вигорання можна порівняти до дистресу в його крайньому прояві та до третьої стадії загального синдрому адаптації – стадії виснаження.

1.3.2. Копінг-стратегії та психосоматичні порушення

Теорія подолання особистістю стресів, важких життєвих ситуацій (копінгу) виникла в психології в другій половині XX ст. Термін увів американський психолог Абрахам Маслоу. Під "копінгом" (від англ. to cope – впоратися, подолати) маються на увазі когнітивні і поведінкові спроби упоратися із специфічними зовнішніми або/та внутрішніми вимогами, які постійно змінюються і оцінюються як напруга або перевищують можливості людини впоратися з ними.

Копінг-поведінка – форма поведінки, що відображає готовність індивіда вирішувати життєві проблеми, долати труднощі. Це поведінка, яка спрямована на пристосування до обставин і припускає сформоване уміння використовувати певні засоби для подолання емоційного стресу. Під час вибору активних дій підвищується ймовірність усунення дії стресорів на особистість. Особливості цього уміння пов'язані з "Я-концепцією", локусом контролю, емпатією, умовами середовища. Копінг-поведінка протистоїть експресивній поведінці.

Виділяють такі способи поведінки подолання:

- вирішення проблем;
- пошук соціальної підтримки;
- уникнення.

Копінг-поведінка реалізується за допомогою застосування різних копінг-стратегій на основі ресурсів особистості і середовища. Одним з найважливіших ресурсів середовища є соціальна підтримка. До особистісних ресурсів відносять: адекватну "Я-концепцію", позитивну самооцінку, низький нейротизм, інтернальний локус контролю, оптимістичний світогляд, емпатичний потенціал, аффіліативну тенденцію (здатність до міжособистісних зв'язків) та інші психологічні конструкти.

У процесі дії стресора на особистість відбувається первинна оцінка, на основі якої визначають тип ситуації, що утворилася, – загрозливий, або сприятливий. Саме з цієї миті формуються механізми особистісного захисту. Лазарус розглядав цей захист (процеси подолання) як здатність особистості здійснювати контроль над ситуаціями, що загрожують, хвилюють або доставляють їй задоволення. Процеси подолання є частиною емоційної реакції. Від них залежить збереження емоційної рівноваги. Вони направлені на зменшення, усунення або видалення діючого стресора. На цьому

етапі здійснюється вторинна оцінка останнього. Результатом вторинної оцінки стає один із трьох можливих типів стратегії подолання:

- безпосередні активні вчинки індивіда з метою зменшення або усунення небезпеки (напад або втеча, захват або любовна насолода);
- непряма або розумова форма без прямої дії, неможливої через внутрішнє або зовнішнє гальмування, наприклад витіснення ("це мене не торкається"), переоцінка ("це не так вже й небезпечно"), придушення, перемикання на іншу форму активності, зміна напряму емоції з метою її нейтралізації тощо;
- оволодіння без емоцій, коли загроза особистості не оцінюється як реальна (зіткнення з засобами транспорту, побутовою технікою, повсякденними небезпеками, яких ми успішно уникаємо).

Захисні процеси прагнуть позбавити індивіда того, що може порушити узгодженість спонукань, від амбівалентності почуттів, оберегти його від усвідомлення небажаних або хворобливих емоцій, а головне – усунути тривогу і напруженість. Результативний максимум захисту одночасно є мінімумом того, на що здатне вдале подолання. "Вдала" копінг-поведінка описується як така, що підвищує адаптивні можливості суб'єкта, реалістична, гнучка, зазвичай усвідомлювана, активна, включає довільний вибір. Невдала, навпаки, дезадаптивна, ригідна, несвідома, а тому тривала дія "невдалих", неадекватних копінг-стратегій призводить до негативних наслідків для особистості, в тому числі і до фізичного руйнування організму, до психосоматозів.

1.3.3. Теорія життєвих подій Т. Холмса і Р. Райха

Життєва стресова травматична ситуація ставить перед людиною проблеми, з якими вона не може справитися самостійно на належному рівні. При цьому має значення частота і тяжкість подій, які переживають. T.H. Holmes, R.H. Rahe (1967) створили теорію життєвих подій і розробили спеціальну шкалу для визначення рівня виразу стресу в повсякденному житті (див. "Психологічний практикум"). У шкалі містяться певні життєві події, виявлення стресогенного впливу яких оцінюють у балах. Протягом року у людини стається таких подій в середньому на 150 балів. Якщо їхнє число зростає більш ніж у два рази (300 балів), то вірогідність захворювання у такої людини складає 80%. Якщо число подій в сумі складає від 300 до 200 балів, то ризик хвороби становить 50%, а при сумі балів від 200 до 150 – ризик фізичної реакції на стрес зменшується до 30%.



1.4. Концепція алекситимії

На сьогодні визнано, що відсутність або наявність алекситимії у людини із соматичною патологією є важливим джерелом прогностичної інформації про перебіг захворювання та ефективність терапії. Під алекситимією розуміють певні порушення, що спричиняють нездатність до усвідомлення і вираження власних почуттів і, відповідно, почуттів інших людей. Одним із негативних наслідків цього явища стає розростання вегетативного компонента емоцій, які не усвідомлюються і не переробляються на психологічному рівні.

У наш час увагу дослідників привернули ознаки алекситимії в структурі преморбідної особистості, як одного з можливих психологічних чинників ризику психосоматичних розладів. Розробляють методики визначення рівня алекситимії у хворих із психосоматичними захворюваннями, а також психотерапевтичні методи, направлені на зниження алекситимії шляхом подолання визначаючих її особистісних рис.

Термін "алекситимія" увів П. Сифнеос у 1973 р. У своїй роботі, опублікованій ще в 1968 р., він описав особливості пацієнтів психосоматичної клініки, що спостерігалися ним, які виражалися в утилітарному способі мислення, тенденції до застосування дій в конфліктних і стресових ситуаціях, збідненого фантазіями життя, звуженні афективного досвіду і, особливо, в труднощах підшукати відповідне слово для опису своїх почуттів. Алекситимія буквально означає: "без слів для почуттів" (або в близькому перекладі – "немає слів для назви почуттів"). Термін піддавали критиці, однак міцно зайняв своє місце в літературі, присвяченій психосоматичним захворюванням, а пов'язана з ним концепція алекситимії набуває все більшу популярність, що відображається в постійно зростаючій кількості публікацій в різних країнах. Розробленню концепції алекситимії передували більш ранні спостереження, які встановили, що багато пацієнтів, страждаючих класичними психосоматичними хворобами, характеризуються "інфантильною особистістю", виявляють труднощі у вербальному символічному виразі емоцій.

> Алекситимія є психологічною характеристикою, визначуваною такими когнітивно-афективними особливостями: 1) трудністю у визначенні (ідентифікації) та описі власних почуттів; 2) трудністю у проведенні відмінностей між почуттями і тілесними відчуттями; 3) зниженням здатності до символізації, про що свідчить бідність фантазії та інших проявів уяви; 4) фокусуванням більшою мірою на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях.

Концепція алекситимії, в тому вигляді як її сформулював П. Сифнеос, породила інтерес до вивчення співвідношення між рівнями ідентифікації та опису власних емоцій і схильністю до психосоматичних розладів. Було висунуто гіпотезу, згідно з якою обмеженість усвідомлення емоцій і когнітивної переробки афекту веде до фокусування на соматичному компоненті емоційного збудження і його посилення. Цим, ймовірно, і пояснюється встановлена низкою авторів тенденція алекситимічних індивідів до розвитку іпохондричних і соматичних розладів. Припускали, що нездатність алекситимічних індивідів регулювати і модулювати негативні емоції на неокортикальному рівні може вилитися в посилення фізіологічних реакцій на стресові ситуації, створюючи умови для розвитку психосоматичних захворювань.

Для пояснення синдрому алекситимії та її ролі у формуванні психосоматичних розладів Неймах виділив дві моделі: "заперечення" і "дефіциту". Модель "заперечення" передбачає глобальне гальмування афектів. Якщо заперечення розглядати як психологічний захист, то теоретично можна допустити зворотність захисного процесу і подальше зникнення синдрому алекситимії й соматичних симптомів. У цьому випадку можна говорити про "вторинну алекситимію", тобто стан, який виявляється у деяких пацієнтів, що перенесли важкі травми, і у пацієнтів з психосоматичними захворюваннями, які після проведеної психотерапії набувають почуттів і фантазії, яких раніше у них не було.

Однак, як показує клінічний досвід, у багатьох хворих з психосоматичними порушеннями алекситимічні прояви незворотні, незважаючи на тривалу, інтенсивну і майстерну глибинну психотерапію. Такі хворі залишаються тотально нездатними на афект і фантазію. Для них більш прийнятною є модель дефіциту. Відповідно до цього погляду має місце не гальмування, а відсутність функцій ментального апарату, що лежить в їхній основі. У моделі дефіциту акцент ставиться на розладі інстинкту, який, минувши психічну переробку через понижену здатність символізувати інстинктивні потреби і фантазувати, безпосередньо впливає на соматику з несприятливими наслідками. Цієї моделі дотримується і автор терміна алекситимії П. Сифнеос.

Клінічний досвід підтверджує концепцію алекситимії в тому відношенні, що багато соматичних хворих виявляє обмежену здатність описувати, диференціювати афекти і продукувати фантазії.

Питання про походження самих алекситимічних рис залишається відкритим і для самого засновника концепції. Чи викликана алекситимія вродженими дефектами, чи є результатом біохімічного дефіциту,



чи виникає через затримання в розвитку – сімейні, соціальні або культурні? На ці питання немає відповіді. Є, однак, попередні свідоцтва про те, що основне значення мають генетичні фактори, і що сам цей феномен можна зрозуміти найперше в межах нейрофізіології.

Оскільки алекситимія може траплятися і у здорових людей, і у хворих з різними захворюваннями, то треба мати на увазі, що алекситимія – це не "мотивоване забування", яке може пояснюватися простим витісненням або запереченням і яке можна знайти в обмовках, розпізнаваному перенесенні. Її відрізняють від такого роду психічної нечутливості, яка може розвиватися як активний мотивований процес унаслідок масивної психічної травми, загрозливою ізоляцією, дезинтеграцією і депресією; її відрізняють також від тих видів пізнавальної діяльності та експресії, які характеризують схожі види таких психіатричних синдромів як звичні афектні порушення при уповільненій шизофренії, а також від того типу операціонального мислення, яке характерне для малограмотних або нерозвинених людей. Те, що кваліфікується як алекситимія, в деяких випадках може виявитися культурною або субкультурною характеристикою.

1.5. Проблема психосоматичних відношень у радянській та сучасній російській медицині

Хоча тезу "лікувати не хворобу, а хворого", ідеї цілісного підходу до хворої людини визначали практику видатних російських і вітчизняних лікарів уже в минулому сторіччі, а вчення про нервізм, розроблене І. М. Сеченовим та І. П. Павловим, стало його теоретичним фундаментом, медико-психологічні дослідження психосоматичних співвідношень упродовж тривалого періоду, на жаль, не займали відповідного їх значенню місця в нашій медицині. Суттєву роль відіграли теоретичні основи психосоматичної медицини, що заперечували за ідеологічними міркуваннями, становлення якої і розвиток здійснювалися на основі психоаналізу і генетично пов'язаних з ним концепцій. Строкате поєднання різних поглядів у психосоматичній літературі вимагає обережності під час оцінювання накопиченого її представниками матеріалу, ретельного відбору даних, що можуть представити інтерес під час досліджень психологічних аспектів проблеми психосоматичних залежностей.

"Психосоматичній медицині" у радянській науці протиставлена кортико-вісцелярна теорія патогенезу хвороб внутрішніх органів, що

виявилася конкретним прикладенням вчення І. П. Павлова про вищу нервову діяльність до клініки внутрішніх хвороб. Творці її К. М. Биков і І. Т. Курцин до кортико-вісцелярної патології відносили захворювання внутрішніх органів, виникаючих у разі невротичного стану кори головного мозку, зі всіма характерними для нього рисами та особливостями. У цьому, писали вони, і полягає розмежувальна лінія між захворюваннями, що відносяться до кортико-вісцелярної патології, і хворобами іншої етіології (інфекція, травма тощо), які також можуть супроводжуватися порушеннями функцій кори головного мозку.

На думку Захаржевського, подібна абсолютизація кортикального контролю вісцелярних функцій закономірно відобразилася на відношенні авторів кортико-вісцелярної концепції до проблеми психосоматичних співвідношень. Подібне трактування природи психосоматичних співвідношень не могло не навести на думку про фактичну беззахисність вісцелярних систем від психогенних дій. Водносас у багатьох роботах було показано, що пристінкове травлення, базальний тонус судин і авторегулювання судинного тонусу, регулювання насосної функ-ції серця контролюються зовсім не нервовими механізмами (Угольов, Конраді та ін.). Високий ступінь їхнього саморегулювання забезпечується інтраорганними нервовими структурами (метасимпатичною нервовою системою).

Не одержала підтвердження теза кортико-вісцелярної патології про невроз як основну і найпоширенішу форму виникнення психосоматичних захворювань ні на експериментальному матеріалі (Захаржевській та ін.), ні на клінічному (Б. Д. Карвасарський, В. А. Абабков). Клінічні форми неврозів зберігають свою нозологічну самостійність упродовж десятиліть.

Засновники кортико-вісцелярної теорії прагнули розглянути також питання про специфічність захворювань внутрішніх органів, вважаючи, що головним тут є умовний інтероцептивний зв'язок, утворений з внутрішнім органом унаслідок неодноразової його "травматизації", що стало важливим етапом формування фізіологічних основ психосоматичних залежностей. Водночас кортико-вісцелярна теорія не була позбавлена недоліків. У ній не повною мірою враховувалося, що між корою головного мозку і регульованим нею внутрішнім органом існує низка проміжних ланок (зокрема, гіпоталамічна та ендокринна), без урахування яких не можна пояснити механізм психосоматичних порушень. Вона виключила з кола свого розгляду власне психологічний аспект вивчення психосоматичних співвідношень, роль особистості як вищої форми регулювання людської діяльності у формуванні цієї патології,



будь-які спроби змістовного розуміння психогенних чинників у їхній етіологічній ролі у разі психосоматичних розладів. Вимоги ж розповсюдити поняття вищої нервової діяльності на особистісне функціонування, систему значущих відносин особистості та їхнє порушення, природно, не могли бути реалізовані ні теоретично, ні методично.

Кортико-вісцелярна теорія в роботах деяких її послідовників збагатила новими відомостями, що стосуються уявлень про ретикулярну формацію як морфологічний субстрат могутніх впливів на кору головного мозку з боку підкірково-стовбурних його відділів, даними сучасної нейрохімії та нейроендокринології, що дало можливість краще зрозуміти механізми взаємодії порушень вищої нервової діяльності і вегетативно-ендокринно-обмінних порушень. По суті, в цих дослідженнях відобразилося більш широке розуміння кортико-вісцелярної патології з прагненням враховувати в генезі весь комплекс біологічних, психологічних і соціальних чинників.

Клініко-психологічні характеристики соматичних розладів при неврозах у межах клініко-функціонального вивчення детально висвітлені в дослідженнях, виконаних Б. Д. Карвасарським, Ю. М. Губачовим та Є. М. Стабровським. У цих дослідженнях було показано, що соматичні порушення при неврозах мають різне походження. Часто (особливо в кардіоваскулярних реакціях) вони виявляються психофізіологічним супроводом емоційних порушень у хворих з виявленням змістовного зв'язку розладів функції тієї або іншої соматичної системи з психогенією. У інших хворих – це пароксизмальні порушення діяльності вісцелярних систем, що є вираженням дезінтеграції вегетативного регулювання, характерної для неврозу (А. М. Вейн, І. В. Родштат). Домінуючі в клінічній картині неврозу порушення діяльності окремих анатомо-фізіологічних систем можуть бути проявом до того латентних соматичних захворювань або виразом декомпенсації тієї або іншої функції. Розвиток подібної декомпенсації відбувається або в умовах надмірного функціонування системи, або унаслідок порушення ритму адаптивних процесів в умовах психогенної (невротичної) дезінтеграції. Нарешті, окремо можуть розглядатися випадки невротичної переробки явних соматичних розладів.

Медико-психологічні дослідження психосоматичних співвідношень при "великих" психосоматичних захворюваннях представлені в багатьох роботах. У значній частині з них йде продовження пошуку (хоча і на новому клінічному і психолого-методичному рівні) особистісних профілів, характерних для окремих захворювань. Цінність цих робіт різна. Особистісний профіль встановлюється або клініко-анамнестичним мето-

дом – ретроспективно, або за допомогою різних психологічних методик, наприклад, особистісних тестів. Щодо першого шляху, то за словами Ф. Александера: "Клініка здатна забезпечити вдалі відправні точки, які, проте, повинні перевірятися іншими методами. Неважко відібрати з великої кількості психологічних подій певні конфігурації і знайти у кожного хворого саме ту картину, яку хочеться у нього побачити". У разі дослідження ж хворих за допомогою особистісних тестів виникає питання, чи визначаються особливості преморбідної особистості, система її відносин, установки впливом самого захворювання.

Зрушення, зумовлені "внутрішньою картиною хвороби", в яскравій формі виявилися в результатах досліджень (Б. Д. Карвасарський), виконаних ще у середині 60-х років. Тоді була вивчена велика група хворих, що страждали злоякісними пухлинами, причому пацієнти знали свій діагноз або здогадувалися про нього. З'ясувалося, що за деякими тестовими дослідженнями, заснованими на самооцінці, хворі в преморбіді (у відповідях на питання хворий характеризував себе до початку захворювання) відрізнялися високими показниками емоційної стабільності, фрустраційної толерантності, були позбавлені невротичних рис і проявів. Цей профіль особистості досліджених хворих можна було правильно зрозуміти лише у разі додаткового їхнього вивчення. З'ясувалося, що усвідомлення себе хворим, приреченим на повільне вмирання (а саме так дотепер вважає більшість хворих на рак), приводило до вираженої корекції масштабу переживань подій і своєї поведінки у минулому. Період "до пухлини", з погляду "невиліковного" хворого, був позбавлений будь-яких життєвих проблем та труднощів, тим більше таких, які не могли б бути вирішені в об'єктивному або суб'єктивному планах. Це і визначило результати досліджень цієї групи хворих за допомогою особистісних опитувальників.

Питання ускладнюється тому, що кожний учений займається вивченням тільки однієї групи захворювань. Нерідко при подальшому з'ясуванні нібито специфічних типів особистості і конфліктних ситуацій виявляється, що вони багато в чому схожі з показниками, одержаними при інших захворюваннях.

Беручи до уваги можливість спотворення профілю особистості, визначуваного ретроспективно, вже в процесі хвороби, треба, разом з тим, позитивно оцінювати ці дані для кращого розуміння клінічних проявів хвороби, особливостей її перебігу, характеру нервово-психічних розладів, супутніх соматичному стражданню, встановлення прогнозу, побудови лікувально-реабілітаційних програм.



Не можна вважати бездоганними і дані, одержувані в лонгітюдних дослідженнях. Крім труднощів виконання досліджень лише технічного порядку, протягом багатьох років спостереження особистість досліджуваного не залишається незмінною – змінюються система відносин, установки, потреби, мотиви, і це треба мати на увазі під час аналізу результатів спостереження.

Крім того, в лонгітюдному дослідженні, наприклад, при ролі такого фактору ризику розвитку серцево-судинних захворювань, як поведінковий "тип А" (див. методику дослідження "Тип поведінкової активності" у Психологічному практикумі), можливо за роки дослідження з'явилися й інші чинники ризику – куріння, збільшення маси тіла тощо.

Серед численних досліджень психосоматичних співвідношень треба виділити деякі з них.

Так, для розуміння механізмів переростання функціональних розладів в органічні зміни з боку внутрішніх органів мають значення роботи Ю. М. Губачова, Б. Д. Карвасарського, В. А. Абабкова та ін. Багаторічний катамнез (до 25 років) хворих із системними неврозами – серцево-судинним, дихальним і шлунково-кишковим, які знаходилися на обстеженні і лікуванні в клініці неврозів і психотерапії Інституту ім. В.М. Бехтерєва, показав, що здебільшого, не спостерігається трансформації невротичних розладів внутрішніх органів у відповідні "великі" психосоматичні захворювання – ішемічну хворобу серця, гіпертонічну хворобу, бронхіальну астму і хворобу виразки шлунка. Ці дані ставлять питання про необхідність чіткого розмежування понять функціонального непсихогенного і функціонального психогенного (невротичного). Більш того, наявність невротичних соматичних розладів може розглядатися як прогностично сприятлива ознака по відношенню до "великих" психосоматичних хвороб. На сьогодні немає переконливої відповіді на питання, чому це відбувається. Чи виступає невроз як "страхування життя" унаслідок частих звернень пацієнтів з невротичними розладами до лікаря вже на ранній стадії хвороби і проведення своєчасного (певною мірою і профілактичного) лікування, або застережливе значення набувають при неврозах специфічні психологічні компенсаторні механізми, що приводять до зменшення патогенної емоційно-афектної напруги.

Розумінню цих фактів можуть сприяти дослідження Соложенкіна, направлені на виявлення типології механізмів психологічного захисту у хворих з початковими формами гіпертонічної хвороби, ішемічної хвороби серця і неврозами при багатобічному (соматичному, біохімічному, психофізіологічному і психологічному) вивченні.

Тут зазначено лише деякі з напрямів у галузі психосоматичних співвідношень, що реалізовуються в дослідженнях останнього періоду. Можна з упевненістю констатувати перспективність психосоматичного підходу для кращого розуміння етіології, патогенезу, клініки і розробки найбільш адекватних лікувально-відновних програм під час захворювань, у механізмах розвитку яких важливу роль виконує психічний чинник.

Під час досліджень впливу емоцій на формування психосоматичної патології перспективною залишається гіпотеза про пошукову активність, представлена в дослідженнях В.С. Ротенберга і В.В. Аршавського, які показали, що не сам по собі характер емоцій, а ступінь виявлення пошукової активності (на відміну від пасивно-оборонної поведінки) визначає реакцію на стрес і ступінь стійкості організму до хвороботворних впливів.

Представляє інтерес дослідження чоловіків з високим ризиком серцевих захворювань. Більшість чоловіків з поведінкою "типу А", тобто ті, що у разі нестачі часу беруться відразу за декілька справ, переживають вантаж конкуренції, діють швидко, поводяться частіше агресивно по відношенню до оточуючих, тобто сильні, експресивні, харизматичні особистості, не захворіли на серцеві захворювання. Захворіли ж особистості теж з "типом А", але інші – загальмовані, повільні, напружені.

1.6. Проблема психосоматичних співвідношень у вітчизняній медицині

Становлення психотерапії, як визнаної у всьому світі науки про лікувальну дію на людину, опосередковану через психічну сферу, нерозривно пов'язане і з українською медичною школою.

Уже в 1815 році у Харкові П. Любовський видає керівництво з психотерапії. Надалі розвиток цього напряму пов'язаний з роботами В. Я. Данільовського, І. Я. Платонова, О. Я. Анфімова, Т. І. Юдіна, С. М. Давіденкова. У 1921 році створено перший кабінет психотерапії на базі студентської лікарні, а наступного року — в психоневрологічному інституті. Надалі розвиток вітчизняної школи психотерапії нерозривно пов'язаний з іменами К. І. Платонова, І. М. Аптера, А. І. Ющенка, І. З. Вельвовського, А. Н. Шогама, Н. К. Ліпгарт, А. Т. Філатова, які значне місце у своїх роботах та наукових дослідженнях відводять проблемі психосоматичних співвідношень.

Сьогодні функціонують очолювані професорами психотерапевтичні відділення, обласні психотерапевти і провідні учені, такі як Т. І. Ахмедов, Л. Ф. Бурлачук, В. У. Кришталь, Н. А. Марута, Б. В. Ми-

хайлов, В. П. Самохвалов, В. І. Сухоруков, С. І. Табачніков, А. Т. Філатов, О. О. Фільц та ін. Відомі своїми дослідженнями в галузі психосоматики й такі українські вчені, як А. П. Чуприков, А.К.Суворов, І. К. Сосін, Н.Г. Пшук (Луганськ), Н.О. Марута, О.І. Сердюк (Харків), Л. Ф. Бурлачук, В.О. Федосєєв, В.В. Чугунов, І.С. Вітенко (Київ).

Для вітчизняної школи психотерапії протягом довгого часу характерною була медична модель з використовуванням директивних методів і, найперше, сугестій. З середини 70-х років активно упроваджуються групові форми психотерапії.

На сьогодні склалися умови, що вимагають невідкладного реформування організаційних форм і методичних підходів психотерапії.

Відмічаються структурні зміни захворюваності психічної сфери з випереджаючим ростом прикордонних станів психогенного походження. Вони характеризуються величезним симптомо-комплексом емоційно-особистісних порушень з відповідними вегетативними, неврологічними і соматичними проявами.

Різко зростає число психосоматичних і нейросоматичних захворювань. Широко використовувані терапевтичні підходи відносно цих видів патології у вигляді масованого застосування психонейро- і вегетотропних препаратів абсолютно неефективні, економічно руйнівні, і сприяють формуванню у населення неадекватного попиту на поліпрагмазію.

Набули масового характеру різні феномени, що не спостерігали раніше або носили одиничний спорадичний характер. Це масові порушення психіки і поведінки агресивно-деструктивного, пасивно-оборонного, релігійно-містичного характеру, розповсюдження псевдонауково-окультних систем "оздоровлення" і "цілительства", знахарства і чаклунства. Останнє явище особливо небезпечне, оскільки підтримується частиною медико-біологічного співтовариства, з мотивів добросовісної помилки, хворобливим або корисливим.

Все це вимагає створення широкої загальнодоступної системи психотерапії, психокорекції та психопрофілактики в Україні. Разом з існуючими відділеннями неврозів і кабінетами психотерапії в структурі психоневрологічних установ, повинні бути масово розгорнені психосоматичні відділення і кабінети психотерапії й психокорекції в загально-соматичній мережі. У цій ланці, разом з лікарськими кадрами, повинні використовуватися медичні психологи, як це передбачено світовою практикою. Це дозволить різко збільшити ефективність лікування масових захворювань, одержати значний економічний ефект і

значно поліпшити показники медичної, соціальної і трудової реабілітації хворих.

Сьогодні ж, на жаль, продовжується тенденція щодо скорочення психотерапевтичної мережі: порівняно з рівнем на 01.01.2002 року кількість психотерапевтичних кабінетів зменшилася на 3 (з 221 до 218). Загальна чисельність кабінетів психотерапії в Україні на 01.01.2003 року була 218, з них у психіатричній мережі 133 (приблизно 60%) в загально-соматичній — 85 (що складає близько 40%). Найбільш розвинутою залишається психотерапевтична мережа Дніпропетровської, Донецької, Харківської областей, республіки Крим, м. Києва, на долю котрих з усіх 27 областей України припадає 91 кабінет, або 41,7% загальної чисельності. На 1.01.2003 року в України налічувалось близько 480 фізичних осіб лікарів-психотерапевтів.

1.7. Психосоматична особистість та її особливості

У 50–60-ті рр. нашого століття склалася концепція профілю особистості. Основна ідея полягає у тому, що для кожного психосоматичного розладу характерна певна особистісна структура. Проте, численні дослідження у цьому напрямі призвели швидше до виявлення загального профілю психосоматичної особистості, а не окремих профілів для різних захворювань.

До загальних характеристик профілів особистості при різних психосоматичних розладах відносять:

- наявність хронічних переживань;
- наявність придушення емоцій, тобто їхнього витіснення;
- прагнення до невротичного суперництва (конкуренція), тобто невротик порівнює себе з різними людьми і часто не в свою користь.

У психосоматичній медицині припускають існування передпсихосоматичного особистісного радикалу – особистісних особливостей, які призводять до захворювання, тобто вогнища психосоматичної імпульсації, фіксованого патопластичного переживання. Він формується у дитячому і підлітковому віці, частіше в осіб холеричного і флегматичного темпераментів. Основною причиною формування цього радикала є утискування фундаментальних домагань особистості, особливо почуття гідності, що витікає з домінуючого інстинкту. При ураженнях мозку і за наявності психофізіологічного дефекту прояви радикалу посилюються.



Психосоматичний суб'єкт відокремлений від свого несвідомого і тісно прив'язаний до навколишнього світу. Психосоматичну регресію розцінюють як регресію "Я" на примітивний захисний рівень з тенденціями у вигляді соматизації.

Психосоматична структура особистості значною мірою визначається поняттям "алекситимія" (грец. a – відсутність, lexis – слово, thymos – емоції). Припускають, що особливо схильні до психосоматичних захворювань алекситимічні суб'єкти (Sifheos P.E., 1973). Вони відрізняються бідною життєвою уявою і недостатнім емоційним залученням в об'єктивну ситуацію, ослабленням співпереживання. Особи з вираженим алекситимічним особистісним радикалом зазвичай не здатні описати тонкі нюанси своїх почуттів і часто взагалі не знаходять слів для самовираження. Вони не усвідомлюють своїх емоційних конфліктів, не можуть їх вербалізувати, тому психосоматичні розлади можуть бути результатом накопичення емоційного роздратування.

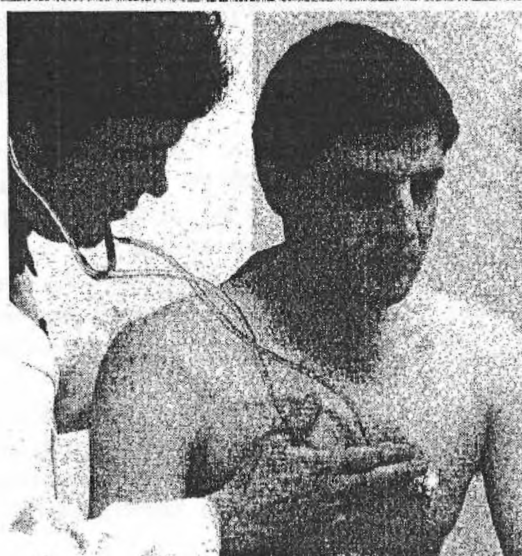
Для психосоматичних особистостей характерні:
- своєрідна обмеженість здатності фантазувати;
- типова нездатність виражати почуття, що переживаються;
- висока пристосованість до товариських відносин, їхні зв'язки з конкретним партнером характеризуються своєрідною "пусткою відносин", вони залишаються на рівні конкретного "наочного" використовування об'єктів;
- нездатність до справжніх стосунків з об'єктом і до процесу перенесення; при цьому відбувається тотальна ідентифікація з об'єктом: психосоматичний хворий існує за допомогою іншої людини, тому втрата цієї "ключової фігури" часто виявляється провокуючою ситуацією на початку захворювання (феномен втрати об'єкта прив'язаності).

Отже, патогенез психосоматичних розладів складається з:
- спадкової схильності до психосоматичних розладів;
- нейродинамічних зрушень – порушення діяльності ЦНС через накопичення афектного збудження, тривоги, напруги, вегетативної активності тощо;
- психічного і фізичного стану під час дії психотравмуючих подій;
- фону несприятливих сімейних й інших соціальних чинників;
- особливостей самих психотравмуючих подій.

До чинників ризику розвитку психосоматозів відносять:
- надмірно високий темп життя;
- несприятливі професійні умови праці;
- конституціональні особливості, тобто спадкова схильність до захворювань;
- специфічний психологічний чинник (хронічний стрес, особливості особистісного профілю);
- гіподинамія;
- шкідливі звички.

Розділ 2

Основні психосоматичні захворювання



2.1. Хвороби органів дихання

Емоційний стан людини визначає як видимі показники дихання – його частоту і глибину, так і фізіологічні функції легенів – насичення крові киснем і підтримка кислотно-лужної рівноваги.

Просте збудження, як і страх, гнів, лють, призводить до почастішання дихання. Нерозряджене збудження (наприклад, сексуальне), що тривалий час зберігається, може виявлятися "акторним" типом дихання, гіпервентиляцією. Урівноважений, приємний настрій призводить до спокійного і гармонійного ритму вдиху і видиху, як це буває уві сні. В стані жаху, раптового потрясіння, може наступити короткочасна зупинка дихання.

Отже, дихання – це не тільки фізіологічна функція, яка здійснюється і регулюється потребами людини. Воно є фундаментальною властивістю стану власного Я, це спосіб обміну і встановлення рівноваги між індивідуумом і середовищем.

При відділенні новонародженого від материнського організму він повинен найперше дихати. Перший крик – це перший прояв самостійного життя. Прирівнювання дихання до автономного існування нерозривним чином відображається в організмі.

Дихання є також засобом самовираження. Дихання відображає емоційні процеси і розкриває їх надійніше, ніж будь-яка інша вегетативно керована функція: сум зменшує глибину дихання, тоді як радість збільшує її; боязливі люди часто мають поверхневе або нерівномірне дихання.

2.1.1. Бронхіальна астма

Бронхіальна астма – самостійне захворювання, основу якого становить хронічне запалення дихальних шляхів, що супроводжується гіперреактивністю бронхів і проявляється нападами ядухи, астматичним станом або симптомами дихального дискомфорту: нападоподібний кашель, дистанційні хрипи та задишка [19].

Бронхіальна астма (БА) є класичним прикладом багатофакторно обумовленої хвороби, при якій взаємодіють численні компоненти, здебільшого психосоматичні, інфекційні та алергічні. Емоційні чинники навряд чи самі по собі можуть створити достатні умови для розвитку хвороби, але у біологічно схильної до неї людини вони можуть привести в дію астматичний процес.

Психологічна метафора бронхіальної астми – утруднення виживання, нездатність "дихати на повні груди" в цьому складному світі. Перешкоди виникають у беззахисної дитини, коли любові батьків недостатньо, а самостійне дихання – це єдина функція людини, яка з'являється тільки після народження. Всі інші ознаки нашої життєздатності формуються ще в материнській утробі, де затишно і безпечно, а всі життєві потреби забезпечені автоматично.

Момент народження – це важка праця і сильний страх: "Що за світ там, ззовні?". На щастя, там існують мама і тато, які здатні забезпечити ту ж безпеку і той же комфорт. Але якщо їхньої уваги і турботи не вистачає, то перша система, яка схильна до ризику збитися і втратити правильний ритм, – це дихання. Втім, буває й інша причина – турбота батьків така велика, що жоден вдих або видих просто неможливо зробити самостійно, весь час хтось допомагає їх зробити за тебе. Недолік турботи та її надлишок однаково позбавляють здібності бути необмеженим, "дихати вільно".

Діти несвідомо шукають виходу, спрацьовує життєвий інстинкт, і важчі прояви хвороби у них з'являються для того, щоб змінювалася "тактика порятунку".

Дорослі пацієнти з бронхіальною астмою забувають свою дитячу історію, але загострення їхнього захворювання відбувається, зазвичай, коли треба проявити сміливість, відповідальність, незалежність або зуміти пережити сум, самотність.

Спроби з'ясувати "відповідальні" за виникнення БА психічні конфлікти та особистісні особливості привели до гіпотези про існування специфічного для захворювання "профілю особистості". Основні характеристики хворих БА визначають як схильність, що придушує депресію і агресію, стримувати реакції на фруструючі впливи, підвищена нервовість, надмірна збудливість або млявість, підвищена виснажуваність, висока тривожність. Профіль особистості хворих БА асоціюється з проявами алекситимії – механістичним характером мислення, що виявляється у нездатності фантазувати, прагненні оперувати конкретними поняттями. У поведінці і рисах особистості хворих часто виявляються

реакції із захистом емоційних, найперше агресивних, спонукань, а також приховане бажання ніжності і близькості. За агресивною поведінкою може ховатися сильна потреба в любові і підтримці.

Загальноприйнятим вважають значення агресії. Агресія у астматиків не витісняється. Оскільки вона переживається як небезпечна, хворий не може її виразити, він не може "випустити свій гнів на повітря". Це проявляється в нападах задухи. Астматики дуже сильно переживають агресивність, але не проявляють її; вони недовірливі і підозрілі й тому не схильні до самопожертвування. У астматиків часто виявляються реактивні утворення, які заміщають агресивні тенденції, і бажання близькості, часто виявляються розлади в сексуальній сфері.

У астматиків часто відмічається фізіологічно не обумовлена надчутливість до запахів. При цьому найперше звертають увагу на те, що ця надчутливість відноситься до тих запахів, які якось пов'язані з нечистотами і неакуратністю, а також з неохайною поведінкою. Астматики з підвищеною сприйнятливістю запахів також украй залежні від думки оточуючих їх людей.

Порушення функції дихання у астматиків пов'язано з порушеною здатністю хворих брати і віддавати, вираженою тенденцією до неповернення, утримання, збереження. У важких алергиків спостерігається конфлікт за типом "володіти-віддати" і тенденція ідентифікувати себе в спілкуванні з іншими особами, "бути сплавленим" з ними.

Ранні порушення відносин з матір'ю виявляються у хворого як конфронтація "бажання ніжності", з одного боку, і "страху перед ніжністю" – з іншого. Для астматиків характерна боязлива з істеричними та/або іпохондричними рисами. Від самих хворих їхній страх залишається прихованим, як і сильна нерозділена залежність від матері.

Коріння розвитку захисно-пристосовного значення симптому бронхоспазму полягає в особливостях ранніх відносин матері і хворої дитини. У нашій культурі такі відносини можна назвати "люблю і ненавиджу", коли унаслідок зближення відносин мати відчуває роздратування і почуття провини за нього, а дитина – материнське обурення і відчуження. Це породжує у неї тривогу і страх, а відкрите вираження почуттів забороняється матір'ю ("не плач, перестань кричати") і пов'язане з побоюванням відштовхнути її. Блокування вербального каналу комунікації компенсаторно викликає розвиток тілесних комунікабельних зв'язків, до яких відноситься прагнення отримати схвалення і тепле ставлення матері за допомогою астматичних симптомів.

Особистісні риси, що привертають до розвитку і фіксації дихальних порушень за нервово-психічним механізмом: недостатня стійкість до стресів, інфантилізм, схильність до блокування емоційних переживань, крихкість і незрілість психологічного захисту, неадекватне уявлення про себе, збільшення комунікативної значущості "мови тіла" (соматичні відповіді), низький рівень усвідомлення – зауваження емоцій, що актуально переживаються, бажань, потреб – унаслідок порушення здібності до словесного виразу почуттів. Особистісні особливості і невротичні порушення, а також неадекватні особистісні реакції на захворювання (тривожно-депресивні, фобічні, анозогностичні, псевдоанозогностичні, істеричні, іпохондричні) зумовлюють деструктивні форми поведінки хворих, які потім трансформуються в поведінкові стереотипи, що полегшують розвиток астматичних симптомів за нервово-психічним механізмом.

Характерними ситуаціями, що сприяють захворюванню, є ті, які вимагають виразу вороже-агресивних або ніжних і відданих почуттів. Сильні і часто амбівалентні переживання презирства і ніжності лежать в основі захисту і витіснення. Типове також зближення з відчуттям особливого очікування (так звана "астма першої шлюбної ночі").

2.2. Серцево-судинні захворювання

Захворювання серця і судин в економічно розвинених країнах є найчастішою причиною смерті. Останніми роками кардіологи все більшого значення надають психосоціальним чинникам ризику та їхньому зв'язку з соматичними факторами. Спосіб життя, установки особистості і положення людини в її професійному і сімейному оточенні важливі для кровообігу та його фізіологічного регулювання. Здавна відомі такі соматичні чинники ризику, як неправильне харчування, ожиріння, куріння і зловживання алкоголем, в яких відображаються особливості особистості (Бройтігам та ін., 1999).

Психосоматичний компонент найперше характерний для таких захворювань серцево-судинної системи:

– ессенціальна артеріальна гіпертонія;
– ішемічна хвороба серця (ІХС);
– порушення серцевого ритму;
– серцевий невроз страху.

Серце і судини беруть участь у всіх формах життєдіяльності, хоча в нормі людина цього не усвідомлює. Під час фізичних і психічних на-

вантажень роботу серця сприймають у вигляді посиленого серцебиття або тахікардії. На відміну від моторики або дихання, діяльність серця і судин виключена з безпосереднього людського сприйняття. І лише за певних прикордонних станів і порушеннях серце сприймається усвідомлено. Це почуття невизначеності вже містить в собі зародок страху. На цьому ґрунтується припущення про можливість фобічного розвитку особистості.

Психічна сфера так само визначає функції серця і судин, як і соматична. Активність і спокій, сон або неспання, душевна жвавість і збудження, виказані зовнішньо або пригнічені почуття, пов'язані з різними станами системи кровообігу. Зв'язок діяльності серця з емоціями відображений в безлічі ідіом і приказок.

Незважаючи на те, що зміни роботи серця однаково виявляються і при позитивних, і при негативних почуттях, патологічні порушення в серцево-судинній системі пов'язані зі страхом, гнівом, люттю, тугою та іншими негативними емоціями, які призводять до того що, наприклад, при страху самотності або небезпеки нападу виникає відчуття, ніби серце починає стукати в горлі та у ділянці голови. Викид адреналіну, що відбувається при цьому, викликає звуження судин, почастішання пульсу і посилення скорочення міокарду, що, відповідно, призводить до стану неспокою і страху.

Якщо через зовнішні затримання або внутрішнє гальмування вже підготовлена активізація кровообігу не реалізується, у деяких випадках при цьому протягом довгого часу може зберігатися збудження в очікуванні виконання дії. Можлива і зворотна ситуація: витиснена зі свідомості установка на дію призводить до її заміщення у вигляді напруження в системі кровообігу.

Серце, зазвичай, пов'язують з любов'ю. Виникає питання: чому розірвання відносин, втрата близької людини нерідко призводить до серцевих захворювань? Якщо мати не дає своїй дитині достатньо тепла, то дитина починає проявляти до своєї ляльки почуття, які хотіла б відчути від своєї матері. Лялька стає заміною близької людини.

Деякі кардіологи припускають, що іноді серце перетворюється на символ близької людини і на нього переносяться всі ті почуття, які з певних причин не можуть бути виказані відкрито. Людина боїться показати іншим свою незадоволеність. Жінка не наважується заперечувати коханій людині і для того, щоб зменшити тугу та уникнути депресії, тиранить власне серце, зганяючи на ньому своє роздратування.



Головну роль у патогенезі серцево-судинних захворювань виконують пригнічувана ворожість і поведінка типу А.

2.2.1. Гіпертонічна хвороба

За рекомендаціями ВОЗ гіпертонічною хворобою вважається стан, коли при численному вимірюванні АТ протягом тривалого часу його цифри перевищують показники 160/95 мм рт.ст. Проте, 90% усіх гіпертоніків ставлять діагноз ессенціальної гіпертонії, тобто невідомого походження, окрім виключенні ниркової, ендокринної, серцево-судинної та іншої форми гіпертензії. Підвищений тиск, що за даними В. Бройтінгама та ін. відмічається у 25% населення, тривалий час протікає без виражених симптомів і тому за відсутності лікування призводить до розвитку хвороб серця, інсультів, уражень нирок [12].

У більшості випадків чітко визначити початок захворювання неможливо, тому важко говорити і про її причини. Артеріальна гіпертонія часто починається тоді, коли людина перебуває в ситуації хронічного напруженого очікування або через певні внутрішні конфлікти. Типові вислови гіпертоніків: "я повинен бути готовий до всього", "я беру на себе всі труднощі", "ніхто мене не утримає, я готовий на все". Провокуючими ситуаціями часто бувають тривалі стани страху, брак часу і наростаюча напруга. Крім того, описано ситуації, в яких є можливість розрядки ворожості та агресивності, але цього не відбувається через гальмування або педантичність.

Численні експерименти як з тваринами, так і з людьми показали, що під час страху, гніву та озлобленості підвищується тиск і що хронічне емоційне перенапруження може призводити до стійкої гіпертонії. Загальноприйнятою є думка, що у гіпертоніків існує пов'язана зі страхом хронічно пригнічувана агресія.

Для хворих на гіпертонію описують типову невротичну особистісну структуру з переважанням нав'язливих станів, унаслідок чого часто виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, що утрудняє емоційну розрядку.

За даними Александера, центральним пунктом психодинаміки пацієнта з ессенціальною гіпертонією є постійна боротьба з наростаючим вороже-агресивним почуттям. Водночас існують труднощі самоствердження. Пацієнти бояться втратити прихильність інших людей і тому контролюють прояви своєї ворожості. У дитинстві вони звичайно схиль-

ні до нападів люті й агресії. Будучи раніше агресивною дитиною, доросла людина стає підкреслено поступливою, не може за себе постояти. Розуміння можливості втратити через свою агресивність прихильність рідних і близьких примушує дитину контролювати свою ворожість і приховувати її. Хворі на артеріальну гіпертонію постійно проявляють дратівливість, якщо стикаються з непереборним опором. Їхнє життя нав'язує їм роль "тяглового коня". Вони залишаються багато років на одній роботі і рідко змінюють її, навіть якщо їм недоплачують. Якщо вони досягають вищих посад, їм важко стати авторитетом для інших. Вони виконують роботу за інших, замість того щоб налагодити дисципліну. З цієї надмірно сумлінної до крайнощів поведінки із зайвим почуттям відповідальності породжуються гнів, неприязнь та агресивність, які з часом вимагають усе більших зусиль для їхнього стримування. Так розвивається порочне коло, яке призводить до хронічного стану напруження. Характерна ситуація, що провокує захворювання, це життєві конфлікти, які мобілізують ворожість і прагнення до самоствердження і одночасно створюють неможливість їхнього вільного вираження.

Гіпертоніків описують як людей працелюбних, товариських, з великим почуттям відповідальності. Через це у них виникають внутрішні і зовнішні конфлікти, від яких вони не можуть емоційно відмежуватися. У своїй специфічній установці на скромність вони відмовляються від своїх потреб на користь інших, бажаючи дістати від них схвалення і не провокувати агресію або неприязнь. Саме готовність допомогти, сором'язливість, хронічно пригнічувана агресивність, і складають маніфестні властивості особистості, які мають велике значення для формування характерних реакцій придушення потреб, сприйманих як небезпечні. Маніфестні особливості сприйняття гіпертоніків є своєрідними формами захисту від власних агресивних спонукань.

У більшості пацієнтів з есенціальною гіпертонією зазвичай немає належного усвідомлення своєї хвороби. З психоаналітичних позицій зовнішньо неправильна невротична поведінка ідеологічно виправдовується прагненням до активності і допомоги людям.

Маніфестні риси особистості хворого з артеріальною гіпертонією, його працьовитість і впорядкована поведінка, контактність, акуратність і сумлінність імпонують, роблять його приємним, поступливим пацієнтом. Проте треба пам'ятати, що гіпертонік в більшості випадків не вербалізує свої агресивність, честолюбство і прагнення до суперництва, які часто залишаються латентними. У трудових і сімейних кризових ситуаціях, і під час латентних конфліктів у відносинах з психотерапевтом,

хворі легко ранимі, але не можуть словесно виразити свою агресивність. Доброзичливе ставлення, при якому терапевт і сам не відчуває себе ущемленим, і не робить непотрібних докорів, визначає можливість терапії.

2.2.2. Ішемічна хвороба серця та інфаркт міокарда

Ішемічна хвороба серця – це гостре або хронічне ураження серцевого м'яза, зумовлене зменшенням або припиненням надходження крові до міокарда у зв'язку з патологічним процесом у системі коронарних артерій або з порушенням їхнього функціонального стану.

Потреба міокарда (серцевого м'яза) в кисні визначається, насамперед, частотою серцевих скорочень, скорочувальною функцією міокарда, розмірами серця і величиною артеріального тиску. Збільшення будь-якого з цих показників підвищує потребу міокарда в кисні. Невідповідність коронарного кровотоку метаболічним потребам серцевого м'яза завжди супроводжується ішемією міокарда, що проявляється клінічно приступом стенокардії (больовим синдромом), тяжкими розладами серцевого ритму, в деяких випадках виникненням інфаркту міокарда, інколи настає смерть.

Інфаркт міокарда (ІМ) – гостре захворювання, зумовлене виникненням вогнища ішемічного некрозу в серцевому м'язі у зв'язку з абсолютною або відносною недостатністю коронарного кровотоку. Основною причиною хвороби є атеросклероз коронарних артерій. Суттєву роль у патогенезі цього захворювання відіграє спазм коронарних артерій на фоні тривалих негативних емоцій, фізичного перенапруження. Доведено, що гіперпродукція катехоламінів, якою супроводжуються стресові ситуації, може бути причиною ураження міокарда.

Типова, або ангінозна, форма ІМ проявляється інтенсивним больовим синдромом: біль здавлюючий, "кинджальний", пекучий або сковуючий; локалізується за грудиною або в ділянці серця, в типових випадках іррадіює у ліву руку, ліве плече, лопатку, не купірується прийомом нітрогліцерину. Здебільшого біль супроводжується почуттям страху смерті, збудженням, до яких незабаром приєднується різка загальна слабкість. Тривалість больового нападу – від кількох годин до 1 доби і більше [19].

Психічні чинники загалом діють тільки спільно з відомими соматичними факторами ризику (артеріальна гіпертензія, куріння, цукровий діабет, надмірна маса тіла). Визначено три основні варіанти таких зв'язків:

1) емоції і душевні навантаження прямо впливають на коронарний кровообіг, проникність ендотелію і безпосередньо на серце;
2) психосоматичні впливи важливі для виникнення артеріальної гіпертонії; одночасно вони впливають на обмін жирів і викликають загальний атеросклероз та атеросклероз коронарних судин;
3) психосоматичні чинники призводять до зловживання курінням і алкоголем, впливають на поведінку у вигляді підвищення харчової потреби, що призводить до ожиріння.

Коронарні хворі надають малого значення передвісникам інфаркту міокарда, таким як утомлюваність, мала активність, головокружіння, порушення концентрації ваги, розлади сну, страх і передчуття хвороби – синдром виснаження і пригніченості. На противагу хворим з вегетативною дистонією або кардіофобічним неврозом, ці хворі витісняють свої неприємні відчуття і до певного часу схильні вважати їх дурницями. Коронарні хворі відрізняються толерантністю до симптомів своєї хвороби і навіть байдужістю до них. Вторгнення загрози самому життю унаслідок болів відкидається і витісняється, нарцисична образа зникає лише перед самою катастрофою.

До коронарних захворювань призводять певні типи поведінки.

Roseman, Friedman (1959) вперше описали поведінку з загрозою інфаркту як поведінку типу А, якою ця група хворих реагує на різні ситуативні вимоги.

Згодом тип А був розділений на три підкласи. До першого належать люди замкнуті, загальмовані, стримані в міміці і жестах. Вони рідко виходять із себе, та якщо вже розійдуться, довго не можуть заспокоїтися. Друга група – це люди, які добре приховувати свої почуття, але дуже нервові всередині. Третя група – люди, які звикли бурхливо виражати своє ставлення до всього, що відбувається. Вони товариські, розмахують руками, жестикулюють, голосно говорять і сміються. Вони часто зриваються, сердяться, починають лаятися, але тут же забувають причину своєї злості.

Традиційно вважалося, що вороже настроєні люди частіше хворіють на ішемічну хворобу серця (ІХС). Ще на початку XX століття психоаналітики визначали гнів, ворожість і пов'язані з цим інтрапсихічні



конфлікти як потенційні причини гіпертонії та ІХС. Урешті, спроби виявити ключові елементи усередині так званої поведінки типу А привели до необхідності розгляди ворожості як її основний елемент.

Багато досліджень було проведено в 70–80-х роках. Були одержані дані, підтверджуючі зв'язок ворожості з важкістю ІХС. Якщо психічна схильність поєднується з певними соціальними ситуаціями, то з психосоматичної точки зору ризик інфаркту накопичується. Пускові соціальні ситуації, які у поєднанні з психічною схильністю можуть викликати інфаркт, часто позначаються переживаннями втрати об'єкта.

Міжособистісні розчарування з вираженим характером прощання і професійними невдачами з виразним емоційним компонентом втрати представляють для потенційного хворого на інфаркт особливо велику загрозу.

Schafer (1976) розрізняє два чинники, які визначають ризик інфаркту: з одного боку, атеросклероз і, з іншого, стрес. На посилення цих чинників впливають також спосіб життя пацієнта, пов'язаний з харчуванням, алкоголізацією, курінням, гіподинамією, а також стани страху, напруження, агресивності та виснаження, наслідком якого може бути поведінка підвищеного ризику.

Dunbar (1943), а пізніше й інші дослідники описали особистісний профіль коронарних захворювань: наполегливе бажання працювати, прагнення досягти вершин у своїй професії, значущого соціального положення, готовність пристосовуватися до соціальних норм зі схильністю до перенапруження. До чинників ризику відносяться напружений життєвий ритм, прагнення до успіху і соціальної значущості, неспокійно-напружена діяльність.

Поспіх, нетерпіння, неспокій, постійно напружена лицьова мускулатура, почуття цейтноту і відповідальності характерні для майбутніх хворих на інфаркти. Ідентифікація хворих зі своєю професією така сильна, що ні для чого іншого часу у них не залишається. Вони просто одержимі манією роботи. Це пояснюється тим, що хворі краще орієнтуються у світі професії, де мірилом є соціальний успіх, ніж в особистому, інтимному сімейному світі з міжособистісною близькістю.

Частою причиною перенапруження є недостатня для виконуваної діяльності кваліфікація, так що ризик інфаркту у новачка вищий, ніж у досвідченого працівника (Jenkins, 1972). Конфлікти, пов'язані з перевантаженням, вони намагаються вирішити так само, як усі конфлікти: закликаючи себе поспішати, бути сильними і досконалими. Страх зрештою потерпіти невдачу їм малодоступний і ретельно ховається за

фасадом уявної компетентності. У сучасному світі, в якому особливо цінуються робота і успіх, їхню поведінку можна оцінити як надпристосовницьку, наднормальну. Вони більше за інших наслідують принципи сучасного індустріального суспільства, в якому переважають активна діяльність, конкуренція, суперництво. У багатьох з них відмічається цілеспрямованість у роботі, тенденція до активності, безумовне прагнення керувати і домінувати, бути серед людей, не залишатися без уваги. Можливо, що ця екстраверсія є характерним невротичним захистом від лежачого глибше орального бажання бути залежним, а активність у прагненні допомагати людям – видозміненою і захисною формою бажання "орально" забезпечити і задовольнити себе. Вони не здатні пасивно і довірчо "пропонувати" себе навколишнім людям, вони повинні своєю активною діяльністю доводити свою перевагу і цінність.

Депресія також є загальновизнаним чинником ризику розвитку ІХС та інфаркту. Серед хворих на інфаркт міокарда у пацієнтів з важкими депресивними станами артеріальна гіпертонія трапляється у 2 рази частіше, ніж у загальній групі хворих. Такі люди, які довгий час направляли гіперактивність і ворожість назовні, зрештою обертають їх проти самих себе.

2.2.3. Кардіофобічний невроз

У різній літературі зустрічається також як невроз страху, кардіальний невроз, серцева фобія, синдром паніки тощо. Виявляється, здебільшого, у появі страху зупинки серця та інших іпохондрично-фобічних проявів, що з'являються після гострого серцевого нападу. Такий напад настає, зазвичай, на тлі загального неспокою й напруження гострою появою тахікардії, сильного серцебиття (120–160 ударів за хвилину), підвищенням АТ до 200/110 мм рт. ст.; хворі часто дихають, сильно пітніють. Такий стан триває від кількох до десятків хвилин, часом до 1 години. При цьому хворі переживають важкий страх смерті через імовірну зупинку серця, рятівна непритомність не настає, весь напад переживається хворим у ясній свідомості. Після завершення з'являється страх повторного нападу, хворі постійно зосереджуються на відчуттях у ділянці серця, вимірюють пульс, оберігають себе від фізичних навантажень тощо. Часто такі хворі втрачають працездатність та інтерес до роботи, переймаються частими візитами до лікарів, іпохондричні переживання

поширюються й на інші органи (зокрема, на шлунково-кишковий тракт), з'являються численні побоювання і страхи (особливо агорафобії і клаустрофобії). Надзвичайно важко такі хворі переживають моменти самотності [19].

Конфлікт, який з великою незмінністю проявляється під час кардіофобічного неврозу, це конфлікт розриву у високо амбівалентної особистості, яка, з одного боку, здатна до самозахисту, а з іншого – обмежена в своїх можливостях і пригноблююче залежна. Конфлікт у вигляді розриву чітко пов'язаний із ситуацією, що його зумовила (смертю близьких, від'їздом, хворобою) – зі всім, що загрожує самотністю в уявленні хворого. Існує також зв'язок із депресивним типом реагування особистості з сильною амбівалентною установкою. У фантазіях постійно фігурує агресивне бажання смерті та одночасне очікування чудового порятунку (В. Бройтігам та ін., 1999).

Зовнішні і внутрішні труднощі унаслідок розриву тісних зв'язків з матір'ю і батьком пояснюються схильністю хворих із кардіоневрозом до відносин злиття. Так само важко може сприйматися смерть оточуючих, яку пацієнти переживають так, ніби це була їхня доля.

Щодо психодинамічних умов, то найперше виділяють фіксацію і симбіотичні відносини з матір'ю, насамперед у молодих чоловіків. Серед хворих з кардіофобією багато єдиних в сім'ї дітей, що часто ростуть без батька. Тут також багато молодших синів, які дуже прив'язані до матері. Ситуація єдиної дитини, сина, який мав мало нагоди зав'язати відносини поза сім'єю і був вимушений тривалий час обмежуватися контактами з однією людиною, виконує причинну роль у подальшій несамостійності і труднощах під час розлуки. Фрейд уперше констатував, що це не стільки відкидання саме по собі, скільки загальна зніженість, яка робить пізніше людину не здатною відмовитися від любові або хоча б тимчасово задовольнятися меншим. Надмірна рання прихильність привертає до неврозу. Загальні нейропсихологічні дані вказують і на те, що кожне звикання – це одночасно і відмова, оскільки воно погано готує людину до природних труднощів життя. Особливо несприятливо діє прихильність або чергування звикання і різкого його переривання.

Що ж до особистості, то, як і під час інших психосоматичних захворюваннях, є два протилежні типи особистості (поведінки): тип А, який демонструє безпосередньо симбіотичну залежність, і тип Б, який не терпить цих принизливих ситуацій і поводиться "підкреслено" незалежно, проявляючи демонстративні незалежні реакції в своїх усвідомлених і неусвідомлених учинках.

У більшості хворих можна спостерігати звичайну залежність, наростаюче скорочення життєвих зв'язків і характерну для фобій взагалі позицію втечі від труднощів. Деякі припиняють працювати, не можуть жити самостійно, без підтримки психотерапевта і близьких. Вони уникають сексуальних контактів, занять спортом і зрештою будь-яких фізичних зусиль, які пов'язані з почастішанням серцебиття. Багато хто повністю фіксований на спостереженнях за своєю серцевою діяльністю, читають всю відповідну літературу, ходять від психотерапевта до психотерапевта, поширюють самоспостереження на інші частини тіла. Під час кардіоневротичного страху велику роль виконує психофізіологічне порочне коло: унаслідок страху або тривоги відбувається викид адреналіну, це призводить до тахікардії і підвищеної збудливості з підвищенням артеріального тиску, зменшується корисний ефект роботи серця, настає гіпоксія, яка відповідно викликає страх і тривожний неспокій з проекцією на серці. Збільшення частоти серцевих скорочень і серцеві сенсації знову викликають страх.

Тип простої залежності, як і тип надмірного захисту і заперечення, можна виявити за допомогою психологічних тестів. Richter і Beckmann (1973) описали його як типи А і Б у профілях ММРІ. Відмінність між типами виявляється у шкалі D цього тесту як вираз депресивних симптомів, дуже характерних для типу А, тоді як у типу Б вони залишаються прихованими за рахунок гіперкомпенсації.

Для пацієнтів з гіперкомпенсацією і вираженим захистом характерні спроби подолати свою слабкість активністю і фізичними зусиллями. Вони не терплять, коли медикаментозне або інше лікування, направлене на розслаблення і пасивність, викликає у них "слабкість", що має значення під час вибору стратегії лікування.

Прогноз у нелікованих хворих як стосовно симптоматики, так і щодо життєвого розвитку несприятливий. Помітна схильність до хронізації, розширення симптоматики, більшість хворих опиняється у менш сприятливій соціальній ситуації. Часто пацієнти з кардіофобічним неврозом хворіють десятиліттями і повністю занурені в свої іпохондричні переживання. Але є й сприятливіші форми перебігу, під час яких приступи страху поновлюються тільки в несприятливих ситуаціях.

2.2.4. Порушення серцевого ритму

Під серцевими аритміями розуміють зміни нормальної частоти, регулярності та послідовності скорочень, як-от: тахікардії (прискорене серцебиття), брадикардії (сповільнення ритму серцевих ударів), різного роду викривлення ритмічності серцевих скорочень (чергування прискорення та сповільнення ритму, "пропуски" ударів, хаотичність ритму тощо). Диференційна діагностика патології серцевого ритму детально описана у підручниках із внутрішніх хвороб. Функціональні порушення серцевого ритму розглядаються як органний невроз, якщо виключена органічна природа захворювання й виявляються чіткі психологічні зв'язки [19].

Найчастіше напади бувають спровоковані ситуативними факторами і конфліктами. У 25% пацієнтів зі здоровим серцем відмічається тісний зв'язок між появою приступу і життєвими колізіями. Приступи часто виникають в періоди внутрішнього напруження і у разі кумуляції емоцій. Соматичне збудження і посилення серцебиття, неспокій, порушення ритму займають місце конфлікту самозречення і можуть тлумачитися як фрагменти пригніченої психофізичної реакції.

В особистісному плані частіше зустрічаються пацієнти, схильні контролювати свої почуття, пригнічувати їх, розглядати їхній прояв як слабкість.

Пацієнти схильні до того, щоб наполегливо захищати свій емоційний світ. Водночас вони уникають протистояння, боротьби, суперечок і схильні до раціоналізації. Провокуючими напад є ситуації спокуси, які близькі до "емоційної самовіддачі" або до прихованої агресії, яка при загрозливому краху захисту розряджається у вигляді приступу.

2.3. Психосоматика харчової поведінки

Стиль харчування є віддзеркалення емоційних потреб і душевного стану людини. У новонароджених їда – основна життєва функція. Задоволення голоду викликає відчуття захищеності і хорошого самопочуття. Під час годування дитя відчуває утіху тілесного благополуччя. Шкірний контакт з теплим, м'яким материнським тілом під час харчування дарує немовляті відчуття любові. Окрім цього, дитина губами і язиком відчуває смоктання материнських грудей як щось приємне.

Смоктанням великого пальця руки дитя намагається пізніше повторити цей приємний досвід. Отож, у переживанні немовляти залишаються нероздільними почуття ситості, захищеності і любові (Любан-Плоцца та ін., 2000).

Існує небезпека, що у грудних дітей залишаються порушення розвитку, якщо вони дуже рано виявляються незрозумілим для них чином фрустровані в їхніх вітальних потребах. Якщо така дитина зрештою одержує харчування, вона часто ковтає поспішно, не відчуваючи насичення. Цей тип поведінки є відповіддю немовляти на незахищені, порушені відносини з матір'ю. Передбачається, що так закладається основа для пізнішого розвитку тенденцій до експансії, заздрості і ревнощів.

Ще більш вирішальною, ніж метод годування, є установка матері до своєї дитини. Про це уже зазначав З. Фрейд. Якщо мати не ставиться з любов'ю до дитини, якщо вона під час годування в думках далека від неї або поспішає, це може розвинути у дитини агресивність по відношенню до матері. Ці агресивні спонуки дитя часто не може подолати, їх можна лише витіснити. Це веде до амбівалентної установки до матері. Взаємно протилежні рухи почуттів спричиняють різні вегетативні реакції. З одного боку, організм готовий для їди, з іншого – якщо дитя несвідомо відкидає матір, це веде до зворотної нервової реакції, до спазмів, блювоти. Це може бути першим психосоматичним проявом пізнішого невротичного розвитку.

Отже, їда знаходиться не тільки в тісному зв'язку з потребою в любові і турботі, вона є також комунікативним процесом. Це знаходить свій вираз вже у тому, що їда припускає регулярну роботу інших людей. Більшість людей вважає за краще їсти в товаристві. Психотерапевт повинен брати до уваги це, коли вимагатиме від хворого пожертвувати певною часткою своїх гастрономічних звичок: вони відносяться до його радощів, мабуть, до небагатьох радощів. Той, хто повинен обмежувати себе у їжі або дотримуватися певної дієти, часто відчуває себе неповноцінною людиною, відлученою від розкішного столу повного життя. Тому необхідно постійно роз'яснювати хворим, чому ми повинні вимагати від них подібної жертви. Краще всього викликати у хворого натхнення до досягнення цієї мети. Поради повинні бути точними і ясними. Краще всього давати вказівки письмово і не в стандартній формі, а з прізвищем пацієнта і складеними спеціально для нього зауваженнями.

Загалом рекомендують завжди розпитувати хворих, які приходять на прийом зі скаргами на порушення харчування або захворюваннями шлунково-кишкового тракту, про їхні харчові звички. Вони можуть

дати важливу інформацію про те, чому в животі відчувається тяжкість, зник апетит або мучить пекучий голод.

Клінічне порушення сприйняття свого тіла супроводжується вираженою депресивною симптоматикою або соціальною фобією. На фоні клінічного порушення сприйняття свого тіла розвиваються важкі психосоматичні порушення харчування, такі як булімія і нервова анорексія.

Задоволення своїм тілом залежить найперше від стабільного почуття упевненості в собі. Хто добре відчуває своє тіло, налаштований оптимістично, упевнений в собі, той не стане легкою здобиччю реклами і того стандартного образу, який диктується сталими в суспільстві нормами і приписами. Такі люди знають, що їхнє внутрішнє самопочуття залежить не тільки від того, як вони виглядають зовнішньо (Cash, 1997).

2.3.1. Ожиріння

> Ожирінням називають відкладення жирової тканини зі збільшенням маси тіла. Ця патологія є наслідком порушення процесу засвоєння їжі і використання енергії.

В енергетичному плані ожиріння, як пише В. Бройтігам, не загадка. Залишається лише нез'ясованим питання, чому хворий на ожиріння надміру багато відносно його енергетичних потреб їсть і не відчуває ситості, а також менше рухається, ніж це можливо при такій кількості споживання енергетичних речовин [12].

Ожиріння може бути викликане батьками, коли вони систематично на будь-яку потребу дитини відповідають пропонуванням їжі і ставлять своє виявляння любові до дитини в залежність від того, чи їсть вона. Ці структури відносин ведуть до нестачі сили Я, внаслідок чого фрустрації не можуть переноситися і опрацьовуватися, а повинні лише стиратися за рахунок "підкріплення". У хворих з ожирінням часто спостерігається дуже тісна прихильність до матері, домінування матері в сім'ї, в якій батько виконує лише підлеглу роль (Petzold, Reindell, 1980). Мати своєю надмірною турботою затримує руховий розвиток і готовність до соціального контакту, фіксує дитину в пасивно-рецептивній позиції (Brautigam, 1976).

Психодинамічно підвищене надходження калорій пояснюється як захист від негативних, особливо депресивно забарвлених емоцій і страху.

Проте єдиний тип хворих описати не вдається. У хворих проявляється апатично-похмурий відчай і ознаки втечі в самотність. Процес їди змушує – хоча і тимчасово – негативні емоції у вільну від депресії фазу.

Хворі відчувають себе недосконалими, вразливими. Зниження активності і, як результат цього, надмірна вага, надають захист від глибокого почуття недостатності: ставши масивним і значним, людина з ожирінням здається собі сильнішою і більш захищеною. В окремих випадках є виразний тимчасовий зв'язок появи і посилення потягу до їжі з якоюсь фрустрацією.

За рахунок регресивного прирівнювання значень любові і харчування людина з надмірною вагою утішає себе їжею за відсутність любові до себе.

Сфера міжособистісної взаємодії представляється найбільш проблемною для хворих з ожирінням. Вони виявляють підвищену сенситивність відносно міжособистісних конфліктів.

У хворих з ожирінням виявлене помітне підвищення стійкої особистісної тривожності, яку розглядають як базальну психічну властивість. Ситуативна (реактивна) тривога досягає невротичного рівня.

Суттєвою особливістю психологічного захисту у таких хворих є переважання механізму реактивних утворень (гіперкомпенсації). Змістовна характеристика цього варіанта психологічного захисту припускає, що особистість запобігає усвідомленню неприємних або неприйнятних для неї думок, почуттів, вчинків шляхом перебільшеного розвитку протилежних прагнень. Відбувається ніби трансформація внутрішніх імпульсів у їхню суб'єктивно зрозумілу протилежність. Для хворих також типові незрілі механізми психологічного захисту, один з яких пов'язаний з агресією, перенесенням на навколишніх власних негативних уявлень (проекція), а інший – з переходом до інфантильних форм реагування, обмеження можливостей альтернативної поведінки (регресія).

Треба виходити з того, що чинники, які приводять до ожиріння у однієї людини, не обов'язково діють на іншу. Частіше від інших називають такі причини ожиріння.

- Фрустрація у разі втрати об'єкта любові. Загальновизнаним є той факт, що втрата близької людини може супроводжуватися пригніченістю і одночасно підвищенням апетиту ("закусити гірку пілюлю"). Діти часто реагують підвищеним апетитом, коли народжується інша дитина в сім'ї.
- Загальна пригніченість, гнів, страх перед самотністю і почуття порожнечі можуть стати приводом для імпульсної їжі.
- Ситуації, що вимагають посиленої діяльності і підвищеного напруження (наприклад, підготовка до іспитів, професійні пере-



вантаження), пробуджують у багатьох людей підвищені оральні потреби, які приводять до посиленої їди або куріння.

У всіх цих ситуаціях їда має значення замісного задоволення. Вона слугує для зміцнення зв'язків, безпеки, послаблює біль, почуття втрати, розчарування. Для більшості хворих на ожиріння має значення те, що вони завжди були товстими, і вже в ранньому дитинстві були схильні до повноти. Ожиріння і їда як заміщення задоволення є проблемою не однієї людини, а всієї сім'ї.

У психодинамічній інтерпретації можна віддати перевагу концепції регресу з фіксацією на оральному задоволенні. Їда є заміщенням відсутньої материнської турботи, захистом від депресії. Для дитини їда – це більше, ніж просте харчування, це самоствердження, зняття напруження, материнська підтримка. У багатьох хворих на ожиріння спостерігається сильна залежність від матері і боязнь розлуки з нею. Оскільки 80% батьків хворих на ожиріння також мають надмірну масу тіла, то можна думати про фактор схильності, про особливо інтенсивні зв'язки у сім'ї і про дотримання традицій, стиль відносин, коли відкидаються прямі прояви любові, а їхнє місце займають оральні звички. Усиновлені діти менше схильні до ожиріння у разі ожиріння батьків, ніж рідні (Meyer, 1967).

Матері дітей зі схильністю до ожиріння проявляють гіперопіку і надмірну прив'язаність. Батьки, які все дозволяють, не можуть сказати "ні", компенсують цим свої докори сумління і відчуття, що вони мало дають своїм дітям. Батьки в таких сім'ях слабкі і безпорадні (Bruch, 1973). Оральна розпещеність часто мотивується позбавленням батьків почуття провини за своє емоційне відчуження, за байдужість і внутрішнє неприйняття ними дитини. Годування дітей – це єдино можливий засіб виразити прихильність до них, яку батьки не в змозі виявити розмовою, дотиком, грою з ними. Оральна відмова є результатом різних форм поведінки як надміру дбайливої, так і байдужої матері.

2.3.2. Нервова анорексія

Терміном "анорексія" визначається виникаючий в пубертатному періоді (майже винятково у дівчат) хворобливий стан, пов'язаний з бажанням схуднути, стати витонченою і залишатися такою. При хронічному перебігу є локальний страх, який можна назвати фобічним, перед нормальною їжею, збільшенням маси тіла і досягненням середніх показників, необхідних для

збереження здоров'я. Первинних соматичних або гормональних порушень зазвичай не виявляється. В основі цього порушення лежить підлітковий конфлікт розвитку без усвідомлення останнього і без реалістичної установки відносно власного соматичного стану [12].

Для цього захворювання характерні такі ознаки, як значне зниження маси тіла (до 25–50% від відповідної віку і росту норми); моторна та інтелектуальна гіперактивність, яка невластива для людей зі зниженим харчуванням; часто виникає вторинна аменорея.

Зниження маси тіла досягається кількома способами. Або через жорстке обмеження кількості і калорійності їжі, або через блювання (відбувається завжди потай, частіше одразу після їжі), або через прийом послаблюючих засобів, що мотивується незносним почуттям переповненості у шлунку і часто реальними закрепами [12].

За особистісною структурою і внутрішнім дозріванням жінки з анорексією виявляються не готовими до своєї зрілості. Більше, ніж інші дівчата, вони переживають фізичне дозрівання, насамперед менструації і зростання молочних залоз, як свою підготовку до виконання жіночої ролі, вважаючи її чужою і надмірною для себе. Нерідко це призводить до амбівалентності відносно свого статевого дозрівання у жінок (рідше у чоловіків), яка виявляється в характерному для пубертатного періоду прагненні вести аскетичний спосіб життя, причому молоді люди внутрішньо і зовнішньо дистанціюються від статевих ролей і від ендогенно виникаючих потреб, вони інтенсивно шукають інші заняття.

Особистісна схильність до анорексії характеризується особливою диференційованістю в інтелектуальній сфері і вразливістю – в емоційній. Примітні також сенситивність і недостатня контактність в анамнезі, хоча дівчатка нічим не привертають до себе уваги. На мові теорії неврозів, у хворих на анорексію жінок частіше спостерігаються риси шизоїдної особистості. У багатьох випадках ще до початку хвороби виявляються аутистичні установки і соціальна ізоляція.

Хворі часто є єдиними дочками або мають братів і тоді повідомляють про почуття неповноцінності щодо них (Jores, 1976). Часто вони справляють враження зовнішньо соціально компенсованих, добросовісних і слухняних аж до повної підлеглості. При цьому вони наділені високим інтелектом і відмінно вчаться. Їхні інтереси духовні, ідеали аскетичні, працездатність й активність у діяльності високі.

Провокуючою ситуацією для порушеної харчової поведінки часто стає перший еротичний досвід, який хворі не можуть переробити і пере-



живають як загрозливий. Крім того, повідомляється про сильне суперництво з сибсами і страх розставання, які можуть активуватися внаслідок смерті бабусь/дідусів, розлучень або виїзду сибсів з батьківського гнізда.

Психодинамічний процес суттєво визначається амбівалентним конфліктом близькості/дистанції з матір'ю, до чиєї близькості вони прагнуть, одночасно остерігаючись її. З одного боку, пацієнти направляють проти себе знищувальну агресію, якою вони карають себе за прагнення розлучитися з матір'ю, сприймані як "зрада". З іншого боку, відмова від їжі є спробою досягнення любовної турботи або, якщо це не вдається, засобом щонайменше розсердити інших членів сім'ї, і за допомогою харчової поведінки встановити над ними контроль. І насправді, в багатьох сім'ях подібних хворих харчова поведінка пацієнтів є всепоглинаючою темою, що викликає переважно негативні реакції. У лікуванні хворі намагаються перенести на клінічний персонал цю ж схему відносин.

Схожа двозначність виступає, коли у відмові від їжі вбачається оральний протест. Він спрямований насамперед на віддалену матір, яка в той же час не дає дитині свободу. Відповідно амбівалентна і мета протесту: з одного боку, він слугує тому, щоб спонукати до любовної турботи, з іншого – їжа відкидається на підставі прагнення до автаркії. Саме послідовне прагнення до автаркії призводить, як це не парадоксально, до самознищення.

Унаслідок нервової анорексії оральна агресивність не просто пригнічується. Йдеться скоріш про заперечення всіх оральних потреб, і Я намагається затвердитися й підняти свою цінність шляхом відкидання всіх оральних спонукань.

При нервовій анорексії уявлення "я маю схуднути" стає невід'ємним компонентом особистості. Ця особливість виявляється, однак, лише при симптомах, викликаних психотичними процесами. У разі важких форм нервової анорексії Я не бореться з гнітючими уявленнями. Це пояснює відсутність усвідомлення хвороби і відхилення усякої допомоги.

Можна говорити про моносимптоматичний психоз, який обмежується тотально домінуючим уявленням про те, що власне тіло має бути знищене шляхом відкидання всіх оральних устремлінь. Нервову анорексію називають хронічною формою самогубства.

Психодинамічно відмову від їжі можна розуміти також як захист від усього інстинктивно-тілесного, при цьому маніфестний захист зсунутий на оральний рівень. Нав'язливе схуднення часто інтерпретуєть-

збереження здоров'я. Первинних соматичних або гормональних порушень зазвичай не виявляється. В основі цього порушення лежить підлітковий конфлікт розвитку без усвідомлення останнього і без реалістичної установки відносно власного соматичного стану [12].

Для цього захворювання характерні такі ознаки, як значне зниження маси тіла (до 25–50% від відповідної віку і росту норми); моторна та інтелектуальна гіперактивність, яка невластива для людей зі зниженим харчуванням; часто виникає вторинна аменорея.

Зниження маси тіла досягається кількома способами. Або через жорстке обмеження кількості і калорійності їжі, або через блювання (відбувається завжди потай, частіше одразу після їжі), або через прийом послаблюючих засобів, що мотивується незносним почуттям переповненості у шлунку і часто реальними закрепами [12].

За особистісною структурою і внутрішнім дозріванням жінки з анорексією виявляються не готовими до своєї зрілості. Більше, ніж інші дівчата, вони переживають фізичне дозрівання, насамперед менструації і зростання молочних залоз, як свою підготовку до виконання жіночої ролі, вважаючи її чужою і надмірною для себе. Нерідко це призводить до амбівалентності відносно свого статевого дозрівання у жінок (рідше у чоловіків), яка виявляється в характерному для пубертатного періоду прагненні вести аскетичний спосіб життя, причому молоді люди внутрішньо і зовнішньо дистанціюються від статевих ролей і від ендогенно виникаючих потреб, вони інтенсивно шукають інші заняття.

Особистісна схильність до анорексії характеризується особливою диференційованістю в інтелектуальній сфері і вразливістю – в емоційній. Примітні також сенситивність і недостатня контактність в анамнезі, хоча дівчатка нічим не привертають до себе уваги. На мові теорії неврозів, у хворих на анорексію жінок частіше спостерігаються риси шизоїдної особистості. У багатьох випадках ще до початку хвороби виявляються аутистичні установки і соціальна ізоляція.

Хворі часто є єдиними дочками або мають братів і тоді повідомляють про почуття неповноцінності щодо них (Jores, 1976). Часто вони справляють враження зовнішньо соціально компенсованих, добросовісних і слухняних аж до повної підлеглості. При цьому вони наділені високим інтелектом і відмінно вчаться. Їхні інтереси духовні, ідеали аскетичні, працездатність й активність у діяльності високі.

Провокуючою ситуацією для порушеної харчової поведінки часто стає перший еротичний досвід, який хворі не можуть переробити і пере-



живають як загрозливий. Крім того, повідомляється про сильне суперництво з сибсами і страх розставання, які можуть активуватися внаслідок смерті бабусь/дідусів, розлучень або виїзду сибсів з батьківського гнізда.

Психодинамічний процес суттєво визначається амбівалентним конфліктом близькості/дистанції з матір'ю, до чиєї близькості вони прагнуть, одночасно остерігаючись її. З одного боку, пацієнти направляють проти себе знищувальну агресію, якою вони карають себе за прагнення розлучитися з матір'ю, сприймані як "зрада". З іншого боку, відмова від їжі є спробою досягнення любовної турботи або, якщо це не вдається, засобом щонайменше розсердити інших членів сім'ї, і за допомогою харчової поведінки встановити над ними контроль. І насправді, в багатьох сім'ях подібних хворих харчова поведінка пацієнтів є всепоглинаючою темою, що викликає переважно негативні реакції. У лікуванні хворі намагаються перенести на клінічний персонал цю ж схему відносин.

Схожа двозначність виступає, коли у відмові від їжі вбачається оральний протест. Він спрямований насамперед на віддалену матір, яка в той же час не дає дитині свободу. Відповідно амбівалентна і мета протесту: з одного боку, він слугує тому, щоб спонукати до любовної турботи, з іншого – їжа відкидається на підставі прагнення до автаркії. Саме послідовне прагнення до автаркії призводить, як це не парадоксально, до самознищення.

Унаслідок нервової анорексії оральна агресивність не просто пригнічується. Йдеться скоріш про заперечення всіх оральних потреб, і Я намагається затвердитися й підняти свою цінність шляхом відкидання всіх оральних спонукань.

При нервовій анорексії уявлення "я маю схуднути" стає невід'ємним компонентом особистості. Ця особливість виявляється, однак, лише при симптомах, викликаних психотичними процесами. У разі важких форм нервової анорексії Я не бореться з гнітючими уявленнями. Це пояснює відсутність усвідомлення хвороби і відхилення усякої допомоги.

Можна говорити про моносимптоматичний психоз, який обмежується тотально домінуючим уявленням про те, що власне тіло має бути знищене шляхом відкидання всіх оральних устремлінь. Нервову анорексію називають хронічною формою самогубства.

Психодинамічно відмову від їжі можна розуміти також як захист від усього інстинктивно-тілесного, при цьому маніфестний захист зсунутий на оральний рівень. Нав'язливе схуднення часто інтерпретуєть-

ся як втеча від жіночності, і насправді відмова від їжі сприймається як тілесний успіх, коли він опиняється перешкодою розвитку жіночих форм. Відмова від їжі слугує також захистом від страхів вагітності, що виражається у тому, що багато пацієнток обґрунтовують свою харчову поведінку тим, що "у жодному випадку не хочуть мати товстий живіт".

Нервова анорексія є, однак, не тільки боротьбою проти дозрівання жіночої сексуальності. Це також спроба захиститися від дорослішання загалом, зумовлене почуттям безсилля перед лицем наростаючих очікувань світу дорослих.

Окрім індивідуальної психодинаміки, велике значення для діагностики і терапії має поле відносин у сім'ях хворих. Сімейні відносини часто визначаються атмосферою перфекціонізму, пихатості та орієнтуванням на соціальний успіх. Для них характерний сімейний ідеал самопожертвування з відповідним змаганням членів сім'ї.

Емоційні конфлікти заперечують, адекватні способи вирішення конфліктів не виробляють. Атмосфера в сім'ї представляється внаслідок цього постійно напруженою, однак зовні демонструється закрита картина злагоди і гармонії.

Для сімей з хворими на анорексію властиві такі поведінкові характеристики, як в'язкість, надмірна дбайливість, уникнення конфліктів, ригідність і залучення дітей в батьківські конфлікти. Симптоматика анорексії розуміється як боротьба за владу дочки з батьками в рамках надмірно зв'язаних відносин, причому власне тіло являє для неї останню сферу, в якій вона може відмежуватися від вимог батьків і отримати хоч трохи автономії. У такій сім'ї кожен прагне нав'язати іншому власне визначення відносин, ніхто в сім'ї не готовий відкрито перейняти керівництво та ухвалювати рішення від власного імені.

За фасадом подружньої злагоди і гармонії знаходиться глибоке обопільне розчарування, яке, однак, ніколи не признається відкрито. Загалом у сім'ях помітно часто домінує жіночий авторитет, чи це мати чи бабуся. Батько знаходиться здебільшого поза емоційним полем. Це знижує його цінність, на що він реагує подальшим відходом, що дає матерям простір для ширшого розгортання їхніх домінуючих позицій.



2.3.3. Булімія

Булімія (бичачий голод) позначається як нав'язлива їда/блювота або їда/дефекація (Drewnowski et al., 1994). Як і нервова анорексія, булімія виявляється здебільшого у жінок від 15 до 30 років. Провідна симптоматика захворювання полягає в:

- частій появі окреслених в часі нападів переїдання;
- активному контролі ваги шляхом частої блювоти, вживання послаблюючих засобів, обмеження кількості їжі, інтенсивних занять спортом тощо.

Напади переїдання та блювоти частіше спостерігаються на тлі нервового напруження і здійснюються наодинці. Поява інших людей чи перешкод змушує хворих ховатися, соромитися. До споживання їжі хворі ретельно готуються, закуповують їжу у великій кількості. Хворі намагаються приховати свою проблему від оточуючих і близьких, доки ситуація не стане відомою, потім думки про їжу стають домінуючими, все інше відходить на другий план: сімейні і професійні стосунки, дружні відносини тощо.

Від нервової анорексії булімія відрізняється тим, що тут мають місце напади вовчого голоду, яких не спостерігається під час анорексії. Булімічні хворі не одержимі надцінною ідеєю про схуднення, вони мають нормальну або дещо збільшену вагу тіла, їм не загрожує небезпека постів та дієт, яка призводить часом до смерті хворих на анорексію.

Хворі на булімію зовнішньо благополучні: у них ідеальна фігура, вони успішні та активні. Чудовий фасад приховує, однак, украй низьку самооцінку. Вони постійно задаються питанням, чого від них чекають оточуючі, чи правильно вони поводяться. Вони прагнуть до більшого успіху і часто плутають любов, якої вони добиваються, з визнанням (Genlinghoff, Backmund, 1989).

Структура особистості пацієнток з булімією так само неоднозначна, як і під час анорексії. Загалом булімію можна пояснити соціальними протиріччями, в яких зростають сучасні жінки. Досліджуючи історичні умови появи булімії, Habermas (1990) характеризує її як "етнічний розлад" і в диференційованому дослідженні простежує коріння цього захворювання. Він описує типовий і нормативний конфлікт середнього і пізнього підліткового віку, який має спільні риси у всіх жінок з булімією. Це, по-перше, вихід з батьківської сім'ї і задача розвитку своєї самостійності; по-друге, проблема розвитку через неприйнят-

тя свого сексуально дозрілого тіла і конфлікт у зв'язку з сексуальною ідентифікацією.

З першого погляду хворі часто представляються сильними, незалежними, цілеспрямованими, честолюбними і витриманими. Це, однак, значно відрізняється від їхньої самооцінки, відміченої відчуттям внутрішньої порожнечі, безглуздя і песимістично депресивного фону як наслідку шаблонів мислення і поведінки, ведучих у почуття безпорадності, сорому, провини і неефективності (Habermas, Muler, 1986).

Часто вони походять із сімей, у яких комунікація імпульсна і є значний потенціал насильства. Структура відносин у сім'ях відмічена високою конфліктністю та імпульсивністю, слабкими зв'язками між родичами, високим рівнем життєвого стресу і малоуспішною поведінкою у вирішенні проблем при високому рівні очікувань соціального успіху.

У цій ситуації хворі рано приймають відповідальні завдання і батьківські функції. Власні побоювання не впоратися контролюються і компенсуються дбайливою поведінкою; слабкі і залежні аспекти власної особистості стримуються і, зрештою, відреагуються в нападах переїдання і позбавлення від їжі.

Емоційна нестабільність, імпульсивність із страхом втрати контролю, низька фрустраційна толерантність і високий потенціал внутрішньої потреби у зловживанні визначають психодинаміку порушення. Хворим часто не вдається диференційовано сприйняти свій внутрішній стан і усвідомити його, що призводить до дифузного почуття внутрішньої загрози, яке повністю ними оволодіває.

Оскільки формулювання конфлікту неможливе, відбувається його зміцнення в оральну сферу. Харчування змінює своє значення. Голод спотворено інтерпретується як загроза унаслідок втрати контролю; контроль над тілесними функціями надміру узагальнено прирівнюється до здатності упоратися з проблемами. Сам по собі напад переїдання має функцію зниження напруження, інтеграції, утішання самозадоволення, яке, однак, діє короткочасно. Це сприймається хворою як втрата контролю, що ставить під сумнів її автономію і здатність впоратися з життям. Блювота викликається, щоб підтримувати незмінність ваги тіла, оскільки вона для хворої є мірилом та індикатором того, що самоконтроль і самовизначення знову повернені. Почуття сорому і провини через це часто є причиною соціального та емоційного регресу, а також розщеплювання на благополучну і приховувану погану самооцінку, що подається на зовні. Розбіжність між сприйняттям і поданням себе може викликати почуття внутрішньої спустошеності і напруження, які ак-

тивуються в пускових ситуаціях навантажень і знову запускають реле хвороби.

Буліміки звичайно:

– перфекціоністи (прагнуть все робити на "відмінно");
– схильні до смутку, депресії, нав'язливих думок або дій;
– імпульсивні, хаотичні, готові ризикувати;
– мають низьку і нестійку самооцінку;
– незадоволені власним тілом;
– ставлять собі нереалістичні цілі;
– впадають у відчай, коли не вдається цих цілей досягти;
– будують особистісні відносини також за "булімічною" схемою: палке захоплення – різкий розрив;
– мають неприємні дитячі спогади, пов'язані з їдою (їда як покарання, насильницьке годування, скандали тощо).

2.4. Шлунково-кишкові захворювання

Поглинання і виділення – основні функції шлунково-кишкового тракту. Але вони в своїх проявах знаходяться в певних відносинах з навколишнім світом людини, пов'язані з її емоційним станом, з відносинами з іншими людьми та із зовнішнім життєвим простором. Моторні, вегетативні, гуморальні і центральні процеси в цій соматичній сфері не можна ізолювати від душевного стану людини. Тому недивно, що такі дії людини, як процес приймання їжі, жування, ковтання, перетравлення і виділення залишків міцно входять в тонші рівні взаємодії людини – з оточуючими її іншими людьми. Це знаходить своє віддзеркалення в повсякденній мові – "тобі це не по зубах", "його важко розкусити", "ти навряд це перетравиш", "аж слинки потекли", і т.д., не говорячи вже про таке багате віддзеркалення в мові процесу виділення – "з г... змішати", "ти в повному лайні" і т.д.

Новонароджена дитина у функціонально-психологічному відношенні виявляє собою суцільний рот. Це найголовніший інструмент взаємодії новонародженого з оточуючим. Так чи інакше, але годування і почуття ситості надалі, з розвитком дитини і становленням вже зрілої особистості, слугують не тільки для досягнення насичення, але й опосередкують собою турботу, почуття безпеки, переживання того, що тебе люблять. Їда і процес насичення залишаються на все життя заміщенням задоволення, до якого можна завжди удатися при будь-якому розчаруванні.

Цей внутрішній зв'язок між психічним станом людини і процесом поглинання-виділення призводить до того, що емоційний стан людини під час приймання їжі робить вплив на подальший процес її перетравлення. Шлунок – найбільш "стресозалежний" орган після серця. Німецький психіатр Глатцель вивів залежність роботи травної системи від емоцій. Він науково довів, що агресивність і злість прискорюють проходження їжі через шлунок, а страх і депресивні думки уповільнюють травлення за рахунок спазму. Жодна жива істота, окрім людини, не прийматиме їжу, знаходячись в цих станах. Людина ж не тільки здатна їсти в стані пригніченості, агресії або страху, але і вдається до поглинання великої кількості їжі як до засобу "заспокоїти нерви". В результаті їжа потрапляє в спазмований, затиснений від стресу стравохід, шлунок, кишечник. Наслідком цього є щонайширший спектр шлунково-кишкових розладів, починаючи від гастриту і закінчуючи проривними виразками.

Спорожнення кишечника в буденному житті пов'язане з агресивними почуттями, направленим проти особистості ("об...ли з ніг до голови"). Анальна зона взагалі пов'язана з пригніченою боротьбою проти авторитету ("ср... я на них хотів"). У багатьох оборотах мови виявляється також безпосередній зв'язок понять калу і майна, особливо грошей (асенізатор – "золотар", "прибери своє лайно").

У ранніх психоаналітичних постулатах кінцева частина кишечнику та анальна область вважалися ерогенною зоною. Маленькій дитині, поки вона не переступить бар'єр огиди, гра з калом приносить задоволення; в окремих випадках зберігається фіксація на цих ранніх дитячих переживаннях. Пізніше затримка виділення калу також може переживатися з приємним почуттям, а відмова від володіння унаслідок вимушеної втрати калу пов'язана з втратою і переживаннями страху. Виділення калу має характер подарунка у відношенні до улюбленої людини (батько, мати, нянька і т .д.), яка, відповідно, привчає дитину регулювати свої виділення і приурочувати їх до бажаного моменту.

Крім того, нездатність щось утримати, перебільшена безкорислива віддача аж до переживання повної втрати, пов'язані з легким, навіть дуже швидким і частим виділенням калу. Почуття пригніченості, безпорадності, безсилля пов'язано не тільки зі страхом, але і з посиленням діяльності кишечнику (це добре знають солдати перед лицем ворога, артисти перед виступом і студенти перед іспитом). Під час емоційної діареї (частих проносах, не зумовлених патологічними процесами в тов-



стому кишечнику) провідною причиною є більш-менш усвідомлено пережиті ситуації страху і підвищені вимоги з боку оточуючих.

Разом із харчовою поведінкою система травлення особливо придатна для соматичного посередництва у вираженні проблематики упевненості і захищеності, бо їжа є найпершою формою власності, що гарантує існування, а травлення –першу форму управління і користування цією власністю.

Ці основні тенденції у міру розвитку людської особистості, її душевного і фізичного дозрівання й формування совісті набувають складне вираження: почуття провини і покаяння можуть виказуватися у відмові від їжі або наполегливій блювоті. Вовчий голод стає симптомом регресивного прагнення до захищеності перед лицем перевищуючого можливості людини завдання.

До прагнення до захищеності і власності можуть приєднуватися пожадливість і прагнення до влади, в обігу з вмістом кишечнику може розігруватися проблематика віддання й утримання, а також прагнення до успіху і нав'язлива слухняність або, навпаки, упертість і відкидання.

Хвороби шлунково-кишкового тракту за своїми регресивними ознаками схожі з депресивними і наркологічними захворюваннями. На відміну від них, хвороби шлунково-кишкового тракту більше маскують, ніж виявляють душевні переживання. Страх, внутрішня потреба і невпевненість часто витісняють хворі зі шлунково-кишковими захворюваннями. Видимим у таких випадках залишається лише тілесний синдром. Якщо, нарешті, зачеплений орган або симптом виключається медикаментозним або хірургічним шляхом (виразка шлунка, виразковий коліт), часто з'являються психічні симптоми – страх, депресія, наркотичні тенденції.

Психосоматична медицина намагається розуміти мову органів як вираження емоційних феноменів і відмежовувати від чинників конституції і схильності. Тілесні феномени, що відносяться до харчової поведінки і травлення, співвідносяться з такими емоційними процесами (Staehelin, 1963):

– труднощі оволодіння (стоматит, симптоми слизистої рота);
– нездатність щось проковтнути (порушення харчування, ковтання);
– бути відкинутим, зневаженим (втрата апетиту, печія, блювота, схуднення);
– безуспішні хронічні зусилля що-небудь перетравити, засвоїти (болі в шлунку, надмірна перистальтика, пілороспазм, виразка);

- хронічна неможливість що-небудь перетворити (болі, ентероколіт, подразнення товстого кишечнику);
- неможливість віддати що-небудь (хронічні закрепи);
- бажання викинути що-небудь (хронічний пронос).

2.4.1. Виразка шлунка та дванадцятипалої кишки

Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишки – хронічне захворювання, характерною ознакою якого є утворення виразок у ділянках травного тракту, що контактують з активним шлунковим соком. У походженні виразкової хвороби клініцисти виділяють зовнішні та внутрішні чинники. До зовнішніх відносять погрішності у харчуванні, шкідливі звички (паління тютюну, алкоголь), нервово-психічні перевтоми, професійні чинники, лікарські впливи (аспірин, кортикостероїди, антибактеріальні засоби тощо). Ендогенними (внутрішніми) чинниками вважають спадковість, вік і статуру, гіперпродукцію соляної кислоти і пепсину, порушення гастродуоденальної моторики тощо.

Частіше виразкова хвороба вражає чоловіків (у співвідношенні 4:1), бо жіночі статеві гормони оберігають від виразкоутворення. У людей молодого віку частіше буває дуодентальна локалізація виразки.

У більшості випадків клінічна картина типова: напади болю у надчеревній ділянці. Біль ріжучого, пекучого характеру характеризується періодичністю виникнення, що пов'язано з уживанням їжі.

Щодо маніфестної поведінки в літературі розрізняють пасивний і гіперактивний тип хворого на виразку.

Пасивний тип виразки схильний до субдепресивного фону настрою і прямо виказує свої потреби бути залежним. Він вважається маніфестно-залежним. Напад виразки настає, коли несвідомі або свідомі бажання залежності зустрічають відмову. При пасивному типі несвідомий страх бути покинутим стоїть на першому плані і веде до постійної напруги. Ці індивідууми шукають обставини і людей, які їх не "можуть покинути". Це люди, які не "можуть повірити", що дружина їх більше не кохає. В результаті кожен сумнів, відсутність люблячого погляду може викликати панічну реакцію. До таких напруг може вести і страх перед авторитарною батьківською фігурою. Кроки до самостійності і незалежності не робляться. Хворий насолоджується перевагами залежності і відмови від усякого ризику. Життєва стратегія полягає в тому, щоб бути захищеним.



Цей маніфестно-залежний, пасивний тип виразки часто походить із сім'ї, у якій він був розпещений дуже дбайливою матір'ю. Хворому не вдається досягти переривання "психологічної пуповини", стати незалежним від матері. Він залишається з бажанням захисту і допомоги, сильно прив'язаним до материнської фігури, тоді як батько може зайняти лише другорядне положення, якщо його "визнають". Loch (1963) описує нездатність деяких хворих вчитися "вистояти в конкуренції з батьком", знайти "визнання і ствердження себе як чоловіка". Хворі і під час вибору партнера керуються своєю потребою в захищаючій турботі. Чоловіки цього типу часто вибирають в дружини тип своїх матерів.

Під час гіперактивного типу виразки бажання залежності дуже сильні, однак відкидаються хворими. Вони відмовляються від своїх бажань, що походять з оральної сфери переживань, і тим самим фруструють самі себе. Гіперактивний тип позбавлений спокою. Він агресивно переслідує свою мету, компенсаторно прагне до незалежності і постійно прагне довести свою силу. Пацієнт потребує такого підтвердження, оскільки не може забезпечити собі почуття захищеності іншим способом. Цей тип шукає успіху, але загалом неуспішний, оскільки предметом його прагнень є визнання себе і престиж.

Наглядне уявлення про конфлікти у хворих із захворюваннями шлунка подане Ф. Александером: бажання залишитися в залежній інфантильній ситуації – бути коханим і відчувати турботу – входить в конфлікт з прагненням дорослого Я до незалежності, досконалості і самодостатності. Ці конфліктні тенденції взаємно посилюються.

Пасивно-оральні бажання у чоловіків часто набувають відтінок ніжної прихильності, залучення до себе уваги сильніших особистостей. Як бажана пасивно-оральна поведінка, так і агресивна орально-залежна готовність шлунка ведуть до установки в плані "насичення" або "перетравлення", відбувається хронічне підвищення функцій органа з гіперсекрецією.

Простежуючи ранні дитячі модальності відносин, можна бачити, що вони ведуть до фіксації на оральному лібідозному рівні. Досвід показує, що як відмова, так і заохочення можуть мати місце при фіксації на оральній стадії лібідо. При цьому треба брати до уваги, що кожне заохочення містить у собі елемент відмови, оскільки воно шкодить підготовці дитини до подальших неминучих вимог життя, формування власної активності і самостійності.

2.4.2. Закрепи

Закреп — це хронічне затримання випорожнення кишечнику більше ніж на 48 годин, яка супроводжується хоча б однією з наступних ознак, що спостерігається протягом 3 місяців: відчуття неповного випорожнення, невелика кількість (менше 100 г) і густа консистенція калу, натужування не менше четвертини часу дефекації.

Пацієнти, страждаючі закрепами, часто виявляють так звану анальну тріаду Фрейда: упертість – любов до порядку – ощадливість. Ці ознаки та їхні крайнощі – нетерпимість, педантизм і скупість – виявляються найперше в рамках обсесивної структури особистості. Ймовірно, висхідна особистість і виховання любові до чистоти рано приводять до ригідного "Над-Я", до засвоєння батьківських масштабів як власного світу цінностей.

Як причинна сімейна ситуація звичайно описується дитинство із суворою матір'ю, яка дуже вимоглива до дітей відносно дарування та отримання подарунків. Все, що вони самі одержують в подарунок, вони повинні відповідно до вимог батьків відразу розділити з іншими. Ці діти і самі стають надмірно вимогливими відносно дарування й отримання подарунків. Матері часто не сприяють переживанню повноти, достатку, тому оральні фрустрації та анальні страхи втрати об'єднуються, а віддача може бути пов'язана з негативними емоціями (Duhrssen, 1960).

Хронічні закрепи спостерігаються здебільшого в анксиозних і депресивних, зовні спокійних, але внутрішньо напружених, нетовариських і невпевнених в собі пацієнтів. Александер позначив їхню установку: "Я нічого не можу чекати від інших і тому можу їм нічого не давати, я маю утримати те, що у мене є".

Іноді закреп розвивається як компенсація надмірної насолоди витратами. Тут йдеться про добродушних людей, які схильні роздавати на всі сторони. Це, можливо, пояснює більшу схильність до закрепів у жінок, ніж у чоловіків: у жіночій соціалізації готовність до жертв має велике значення. Часто хворі надмірно стежать за діяльністю свого кишечнику.

Хронічний закреп у дитинстві розуміють як реакцію протесту, в тім числі як протест проти надмірно педантичного навчання охайності.



2.4.3. Емоційна діарея

> Емоційною діареєю називається порушення моторної функції товстої кишки з тягнучими болями в животі і з частою появою нерегулярних водянистих або слизистих виділень, зумовлених переживаннями хворого ситуації сильного страху або підвищених вимог з боку оточуючих. В основі хворобливого процесу лежить гіперперистальтика і тому відбувається прискорення просування вмісту кишечнику; вода ресорбується недостатньо для того, щоб відбулося формування калу, а особливий стан слизистої оболонки сприяє подальшому розвитку процесу [13].

Проноси можуть чергуватися із закрепами. Із загальних скарг відмічається головний біль, стомлюваність, слабкість концентрації уваги. Часто унаслідок хворобливих проявів виникають тривожна заклопотаність питаннями спорожнення кишечнику, схильність до фіксації уваги на питаннях дієти, медикаментах і наростаюча іпохондричність [13].

Особистість характеризують страх перед авторитарними фігурами і почуття безпорадної залежності. Почуття безсилля, виснаженості компенсуються надмірним бажанням визнання, соціального успіху в поєднанні з латентним усвідомленням непомірності вимог і своєї слабкості. Є безпорадна залежність від сильних об'єктів із рецептивними та агресивними оральними бажаннями.

Витиснений психологічний фактор, що відноситься до симптому, – це сильна потреба дарувати і робити добро. Хворий може вступати у відносини залежності від інших, але при цьому він відчуває, що він повинен щось зробити, щоб компенсувати все, що він одержав. Але замість реальної дії він заспокоює свою совість цією інфантильною формою подарунка – вмістом свого кишечнику (Александер).

Несамостійна поведінка хворих з проносами, їхня схильність все віддати є виразом страху, але це можна інтерпретувати також як підлеглість перед сильнішим, звичайно перед авторитетом батька. Метою терапії є усвідомлення хворим свого конфлікту і його впливу на психосоматичні симптоми. Завдяки аналізу своєї життєвої ситуації пацієнти можуть подолати внутрішній конфлікт між величезними очікуваннями, надмірними запитами і перебільшеним страхом перед авторитетами.

2.4.4. Виразковий коліт

Неспецифічний виразковий коліт – захворювання невідомої етіології, що характеризується безперервним або хвилеподібним перебігом, в основі якого лежить дифузний запально-некротизуючий процес у слизовій оболонці товстої кишки з утворенням виразок, геморагій і гною. На сьогодні етіологія цього захворювання нез'ясована. Серед можливих підозрюваних факторів – інфекції (віруси, бактерії), дієта з низьким вмістом харчових волокон [7].

Не можна знайти специфічну для всіх хворих структуру особистості і конфліктів. Однак загалом звертає на себе увагу той факт, що дуже небагато з цих хворих досягають визнання і розкриття. Це відповідає ознакам депресивної структури особистості. Зв'язок з батьківським домом, з матір'ю і батьком, уразливість унаслідок розриву з сім'єю – це основоположні риси людського розвитку, і вони відображаються в ситуаціях захворювання і структурі особистості у разі багатьох невротичних і психосоматичних порушеннях, так само як і в рамках нормального розвитку.

Сім'ї хворих на виразковий коліт відрізняються особливою згуртованістю. Однак при цьому сім'я дуже сильно відмежовується від навколишнього світу. Хворі частіше походять з сімей із симбіотичною структурою відносин, в яких мало говорять про почуття. Хворі з виразковим колітом пізно розлучаються з батьківським домом і зберігають симбіотичну структуру відносин. Вони демонструють низьку тенденцію до індивідуалізації, уникають агресивних з'ясувань відносин і нездатності дозволити собі розчулитися.

У хворих на коліт часто вже на самому початку захворювання виявляються типові особливості особистості: низька самооцінка, надмірна чутливість до власних невдач, сильне прагнення до залежності та опіки. Відповідно до цього вони віддають перевагу міжособистісним відносинам, які дають їм опору (ключові фігури). Втрату відносин з ключовою фігурою несвідомо переживає хворий як загрозу власному існуванню. У соціальних стресових ситуаціях втрати відносин патогенними можуть виявитися зміна звичного оточення або зміни на роботі, після чого відбувається маніфестація виразкового коліту. Так захворювання може розглядатися як еквівалент реакції печалі. Хворим не вистачає свідомого переживання агресії і відповідної поведінки.



Згідно з даними багатьох авторів, цим хворим властиві так звані анальні риси характеру: точність, акуратність, пунктуальність, почуття обов'язку. Вони не здатні сприймати й вербалізувати емоції і конфлікти, нездатні до переробки втрат або розставань.

У 60% усіх вперше або повторно хворих на коліт тілесним проявам передують депресивно забарвлені життєві ситуації з переживанням втрати об'єкта. У більшості хворих безпосередньо перед початком захворювання виявляються важкі переживання через такі обставини, як смерть близької людини, втрата сексуального партнера або розлука з близькими людьми, а також з такими ситуаціями, як зміна звичного місця роботи, переїзд на інше місце проживання, хірургічні операції. В окремих випадках можна чітко прослідкувати, як переживання розриву і втрати заперечуються через їх психічну значущість. Примітно, що і нормальні реакції печалі беруть участь у формуванні психосоматичних порушень з шлунково-кишковими симптомами.

2.4.5. Порушення ковтання

Під узагальненим поняттям "порушення ковтання" описано функціональні порушення актів прийому їжі і ковтання. Психосоматичне значення мають такі синдроми:

- заковтування повітря (аерофагія);
- утруднення ковтання з почуттям тиску в горлі або без нього;
- порушення ковтання з блювотою (так званий блювотний невроз);
- "синдром грудки" – страх ковтання.

Загальним для цих порушень є те, що акт ковтання, що протікає як рефлекторний процес із послідовним розслабленням і напруженням м'язів, не може регулюватися, хоча для цього немає органічних причин.

Процес ковтання природним чином приводиться в дію завдяки їді, але може виникати й унаслідок "порожніх ковтків", тобто у разі заковтування повітря або слини. З цим пов'язана можливість психосоматичних порушень. Якщо почуття огиди до їжі або взагалі настроєність на протест дуже сильні, то може виникнути навіть антиперистальтика з готовністю до блювоти та її появою. Блювота – це природжена захисна функція у тварин і людини, яка усуває шкідливу речовину шляхом антиперистальтики. У людини це часто буває пов'язано з почуттям огиди. В процесі розвитку і виховання почуття огиди й відкидання зміщується з їжі і символічно переводиться на різні ситуації, особистості і внут-

рішні стани. Але і при цьому місце зовнішньої небезпеки і корисних шаблонних реакцій може займати своєрідна для людини внутрішня ситуація (Бройтігам і ін., 1999).

"Синдром грудки" виявляється відчуттям чужорідного тіла в горлі, для якого немає органічної причини і яке утруднює акт ковтання: "неначе грудка стоїть в горлі" або "неначе хтось здавлює горло". Це відчуття існує незалежно від акту ковтання.

Деякі хворі відчувають страх перед ковтанням з побоюванням придушитися і так загинути від задухи, але не скаржаться на відчуття грудки в горлі. Хворий жує дуже повільно і маленькими порціями, ретельно готуючись до акту ковтання, йде від інших людей, прагнучи їсти наодинці. При цих страхах на перший план виступає ситуація конфлікту і розриву відносин залежності від батьків або партнера, з бажанням їхньої смерті і відповідним почуттям провини.

Зазвичай при цьому виявляються істеричні конфліктні ситуації або депресивні стани з іпохондричними рисами. Орально-агресивні імпульси, власна активність і протест пригнічуються. Під час депресій у 10% випадків її соматичний еквівалент виявляється тиском у горлі з порушеннями ковтання. Відчуття грудки в горлі є класичним симптомом істерії. Саме у жінок ковтання часто пов'язане з сексуальними рецептивними фантазіями, які відкидаються. Грудка в горлі, куля, яка розростається, почуття, ніби хтось здавлює горло або в ньому залишаються шматочки їжі – все це характерні прояви депресивних або істеричних хворих. Під час істеричних розладів їда і ковтання, як вже сказано, пов'язані з сексуальними фантазіями. При цьому почуття страждання звичайно малопомітне, а симптом підключається з метою отримання вигоди від хвороби. Страх перед ковтанням їжі і навіть власної слини у хворих на депресію і невроз спричинений амбівалентним конфліктом розлуки.

2.5. Хвороби ендокринної системи

При ендокринній патології не можна говорити про специфічну взаємозалежність психічних симптомів. Так звана ендокринна психологія намагається проаналізувати диференційовані соматопсихічні взаємозв'язки між дією гормонів у різні періоди життя і людськими переживаннями та вчинками (Бройтігам і ін., 1999). Найпоширенішими з ендокринних захворювань є захворювання щитовидної залози та цукровий діабет.

2.5.1. Гіпотиреоз

Під гіпотиреозом розуміють недостатнє постачання клітин організму гормонами щитовидної залози. Провідний симптом гіпотиреозу – це уповільнення і зміна настрою та емоційного реагування. У хворих спостерігається підвищена стомлюваність, порушення пам'яті, млявість, сонливість, мерзлячка, крихкість волосся і нігтів, пониження температури тіла, низький артеріальний тиск, закрепи. Важливу роль у розвитку гіпотиреозу та інших захворювань щитовидної залози відіграє нестача йоду в раціоні. У жінок гіпотиреоз зустрічається в 10 разів частіше, ніж у чоловіків.

У хворих (Александер) спостерігається відсутність зацікавленості і повна безініціативність у повсякденній діяльності – на роботі, в школі, у веденні домашнього господарства. Відсутність зацікавленості поширюється також і на соціальну активність. У більшості випадків гіпотиреоз може розвиватися після того, як пацієнт відмовляється від досягнення бажаної мети, залишає надію і підпорядковує своє життя неприємному розпорядку, до якого він відчуває внутрішню огиду.

Таку психологічну ситуацію можна порівняти з емоційним сидячим страйком, коли людина виявляється фрустрована в своїх справжніх бажаннях і схильностях і змушена займатися нудною діяльністю всупереч власному бажанню. Такий емоційний стан часто супроводжується агресивними фантазіями, в яких ці люди відмовляються від будь-яких зусиль і амбіцій; вони дозволяють собі здійснювати свої бажання тільки в уяві.

Особливими під час гіпотиреозу є такі чинники.

1. Відсутність надії на досягнення якої-небудь бажаної мети; фруструюча боротьба проти нездоланних перешкод.
2. Відсутність справжніх спонукань. Діяльність, особливо одноманітна, яка виконується насамперед під впливом зовнішнього тиску або унаслідок внутрішньої компульсії, а не на основі всепоглинаючого інтересу.
3. Роль тривожності менш стабільна. У низці випадків під впливом тривалої фрустрації виникає компенсаторна агресивність, яка призводить до тривожності. Надалі це сприяє регресивному відходу від діяльності.
4. У деяких випадках у чоловіків виникає ідентифікація з жінкою, що протиставляється агресивним амбітним установкам.

Немає якогось спеціального типу особистості, що потрапляє в цю категорію; будь-яка людина до певної міри може демонструвати тимчасові симптоми такого типу виснаження.

2.5.2. Гіпертиреоз

Хвороба характеризується збільшенням щитовидної залози і підвищенням її функції. Це поширене ендокринне захворювання частіше буває в осіб віком 20–40 років, жінки хворіють приблизно у 5 разів частіше, ніж чоловіки. Психічна травматизація (гостра, хронічна) інфекції (грип, хронічний тонзиліт), вагітність, клімакс відносять до пускових факторів, які можуть стимулювати розвиток захворювання в осіб із спадковою схильністю.

Хворі на гіпертиреоз висловлюють багато скарг, як-то підвищена емоційна реактивність, плаксивість, безсоння, тривога, серцебиття, ниючий біль у ділянці серця, задишка у разі невеликих фізичних навантажень, зниження маси тіла у разі зростання апетиту, підвищена пітливість, відчуття жару, м'язова слабкість, схильність до проносів тощо.

Класичний психосоматичний підхід, представлений Ф. Александером, бачить психодинамічні витоки захворювання у відсутності захищеності, надійності в самому ранньому дитинстві, коли ця захищеність порушується смертю або батьківським відкиданням та/або нездоровими сімейними взаємостосунками. Незадоволене бажання прихильності спонукає хворих ідентифікуватися з об'єктом прагнень. Проте рання ідентифікація приводить до фізіологічного і психологічного перевантаження і закінчується постійною боротьбою, невпевненістю і страхом через низьку самооцінку.

До описаної Ф. Александером класичної психодинамічної конфігурації належать яскраво виражене усвідомлення відповідальності і готовність до діяльності, які, проте, пригнічуються почуттям страху, виявляючись за допомогою контрафобій. Загроза безпеки, що постійно передбачається, долається напруженням власних сил. Багато дослідників відзначають готовність пацієнтів проявляти турботу про інших, наприклад, доглядати за хворими. Часто це виявляється у вигляді прийняття на себе материнських обов'язків по відношенню до молодших братів і сестер, що веде до гіперкомпенсації агресивних спонукань і суперництва. Загроза безпеки – часте явище як у дорослих, так



і у дітей. Для хворих на тиреотоксикоз характерно, що їхні страхи і потреба можуть виявлятися не прямо, а опосередковано, у вигляді прийняття на себе відповідальності і контрфобічного заперечення.

Контрфобічні риси констатуються більш ніж у 2/3 хворих, заперечення і витіснення страху – більш ніж у 1/3 хворих. Прагнення до соціального успіху, праці і відповідальності у хворих носить, мабуть, функцію самозаспокоєння. Упродовж всього життя 4/5 хворих виявляють прагнення безперервно досягати успіху; почуття обов'язку відносно своїх занять і роботи доводить їх іноді до виснаження. У жінок помітна підвищена потреба вивести дітей в люди, а якщо вдасться, то ще й усиновити кого-небудь (Brautigam, Christian, 1973).

Як і під час інших психосоматичних захворювань, залишається невирішеним питання, чому хворі реагують на високі вимоги життя не регресом і пасивним відходом, а, навпаки, таким форсуванням зусиль. У хворих виявляється готовність постійно перевиконувати свої завдання. Схоже, що цих хворих у дитинстві примушували до того рівня самостійності, впоратися з яким вони не були готові, незалежно від того, чи це рання втрата матері, розлучення або сварки батьків, передчасна участь дітей в батьківських конфліктах або виховання молодших сибсів. Пацієнти достовірно частіше є старшими за інших дітей у сім'ї. Вони справляють враження особистісної зрілості, яка, проте, адекватна не всім ситуаціям і лише насилу приховує слабкість і страх, страх перед статевим життям дорослих, перед розставанням, або власною відповідальністю, або взагалі перед необхідністю вижити. Їхні фантазії заповнені вмиранням і смертю.

Важливим є соматопсихічний аспект, що показує, як міняються під впливом лікування готовність до діяльності і підсвідома контрфобічна установка. Занепокоєння, збудження і боязнь, що проявляються в гострій фазі хвороби, поступово зникають після усунення тиреогенного підвищеного обміну речовин, так само як і емоційна лабільність, підвищена чутливість до жари, імпульсивність. Цю очевидну для оточуючих зміну нерідко переживають хворі як втрату. Хворі скаржаться на втрату ініціативи, зниження працездатності і дисфорію аж до депресивних розладів. Еутиреоїдний стан розцінюється ними як обмеження діяльності і функціональних можливостей Я (Banner, 1968).

2.5.3. Цукровий діабет

Цукровий діабет – захворювання, зумовлене абсолютною або відносною недостатністю інсуліну в організмі, характеризується порушенням усіх видів обміну речовин, насамперед обміну вуглеводів. Це поліетіологічне захворювання розвивається під впливом ендо- та екзогенних факторів на фоні генетичної схильності. Клінічна картина залежить від типу цукрового діабету (інсулінозалежний чи інсулінонезалежний), віку хворого. Скарги найчастіше такі: спрага, сухість у роті, збільшений діурез, підвищений апетит, безпричинне випадання зубів, свербіж шкіри (особливо в ділянці статевих органів), погіршення зору, часто виникає фурункульоз.

Сучасні дослідження підтверджують, що у людей, хворих на цукровий діабет, часто буває багато психологічних проблем і психічних розладів. Вони не тільки спричиняють страждання самі по собі, а й впливають на лікування і результат соматичного захворювання.

Діабетик точно знає, що діяльність принаймні однієї системи його організму порушена. З цього виникає почуття невпевненості. Хронічний дефект може негативно впливати на життєву стратегію діабетика: часто він організовує все своє життя навколо свого страждання.

Rudolf (1970) так узагальнив літературні дані про психосоматичні концепції у виникненні діабету.

1. Конфлікти і неоральні потреби задовольняються за допомогою їжі. Може виникнути обжерливість і ожиріння, після чого настає тривала гіперглікемія, а далі виснаження інсулярного апарату.
2. Унаслідок прирівнювання їжі і любові один до одного, у разі коли немає любові, виникає емоційне переживання стану голоду і тим самим, незалежно від надходження їжі, відповідний діабетичному голодний обмін речовин.
3. Страх, що зберігається протягом усього життя, веде до постійної готовності до боротьби або втечі з відповідною гіперглікемією без зняття психофізичної напруги. На ґрунті хронічної гіперглікемії може розвиватися діабет.

Психічні чинники суттєво впливають на перебіг і терапію хворих на цукровий діабет. Їм властиве почуття незахищеності та емоційної занедбаності. Alexander (1950) описує, окрім цього, сильні рецептивні бажання турботи про себе та активний пошук залежності від інших.



Пацієнти демонструють велику чутливість до відмов у задоволенні цих оральних потреб. Діабетикам властиві амбівалентні тенденції тривоги, занепокоєння, страху з одного боку і прагнення до спокою і захищеності – з іншого.

2.6. Шкірні захворювання

2.6.1. Кропив'янка

Йдеться про гостро виникаюче ураження шкіри з чітко відмежованими пухирями; спостерігається найчастіше на обличчі. Основні симптоми – сильне свербіння і наявність червоних пухирів різного розміру.

Навіть при алергічно зумовлених формах кропив'янки для її маніфестації або як один із причинних факторів має значення психічне перевантаження. Для психосоматичних форм хронічної кропив'янки характерні готовність до переживань і певна структура особистості.

Кропив'янка виникає у тих, хто відчував на собі жорстоке ставлення. Ця жорстокість мала нерідко такі форми, що про неї важко було розповісти і щось з нею зробити. При цьому зауважують, що страждаюча сторона не може знайти вихід з положення і уявити собі можливе вирішення проблеми. Типові трактування цієї ситуації: "вони мені багато дали, і я не можу нічого поробити"; "я витримую удари"; "моя мати била мене"; "мій жених не хоче мене, він нехтує мною, але що я можу поробити?".

Загалом, можна сказати, що алергіків у дитинстві травмують матері, які проявляють гіпероніку або холодність. Проте залежність від цього об'єкта ваблення, агресивна реакція неможлива, й агресія спрямується на себе.

Musaph (1976) повідомляє про такі відмінні риси особистості хворих:

- сильна схильність до пасивної позиції в міжособистісних контактах;
- висока готовність до страху в поєднанні з низькою толерантністю страху;
- сильна вразливість у любовних відносинах;
- високий рівень невпевненості в поведінці.

2.6.2. Шкірне свербіння

У чутливих і схильних до цього людей негативні емоції можуть викликати шкірне свербіння або підсилювати його. Часто можна спостерігати, що хворі в стані дратівливості і психічної напруги, страху або збудження значно частіше скаржаться на відчуття шкірного свербіння або печіння, ніж емоційно урівноважені хворі. Крім того, в однієї і тієї ж людини незмінні шкірні захворювання в періоди сильнішої нервової напруги, фрустрації, розчарувань, у складних, важких життєвих ситуаціях частіше супроводжуються свербінням. Сексуальне занепокоєння, почуття провини, гнів і страх можуть викликати свербіння (Wittkower, Lesler, 1963). Спостерігалося, що пацієнти з психогенним шкірним свербінням схильні до невротичної любові до порядку і блоковані в своєму вираженні агресії. Гнів пригнічується, унаслідок чого може виникати напад свербіння (Musaph, 1976).

2.6.3. Атопічний нейродерміт (ендогенна екзема)

Йдеться про поширену шкірну хворобу з хронічним перебігом, при якому відмічаються свербіння, інфільтрація, ущільнення і екзематозні зміни шкіри. Захворювання часто розвивається у поєднанні з іншими алергічними захворюваннями, найперше із вазомоторним ринітом, кропив'янкою і бронхіальною астмою [13].

Захворювання суб'єктивно виявляється свербінням; через розчісування і розтирання виникають екскоріації, а також потовщення шкіри. Зазвичай незабаром з'являються ромбоподібна, мозаїчна зміна потовщеної шкіри, її ліхенізація. Вражаються насамперед обличчя, шия, лікті і коліна, кисті і суглоби рук. З часом хворі починають чесати і терти шкіру без виражених унаслідок сверблячки змін шкіри. Хвороба вражає людей різного віку, навіть грудних дітей другого півріччя життя [13].

Екзема грудного віку. Це шкірне захворювання у психосоматичному плані розглядається як вираз порушень ставлення матері. Spitz (1967) пише, що в рамках його досліджень були знайдені два значущих для виникнення хвороби чинники. Діти мали матерів з інфантильною структурою особистості, що виявляли до них ворожість, замасковану під побоювання, або матерів, які неохоче доторкалися до них, неохоче доглядали за ними і систематично утримувалися від шкірного контакту



з ними. Дитина зі свого боку демонструє вроджену схильність до підвищених шкірних реакцій, які ведуть до посилення шкірного представництва сприйманих психологічних конфліктів, що в психоаналітичній термінології позначається як "лібідозне завантаження поверхні шкіри". Особливе значення має двозначна поведінка матері: те, що від неї виходить, не відповідає ні її внутрішній установці, ні її діям щодо дитини.

У багатьох випадках хвороба спонтанно припиняється на першій половині другого року життя. Можна припустити зв'язок з активністю дитини, що розвивається, яка звільняється тотальної залежності від матері, роблячи можливим вступ до контакту з вибраними нею об'єктами.

Ймовірно, що епізод екземи на першому році життя залишить стійкі сліди в психічному розвитку дитини, про які, проте, можна лише будувати припущення.

Підлітковий і дорослий контингенти. Ендогенна екзема в групі екзем представляє захворювання, особливо кероване автономними центральними нервовими процесами, і тим самим тісно пов'язане з особистістю хворого. Воно може виступати унаслідок інших алергічних захворювань.

Пацієнти часто характеризуються вираженою пасивністю. Їм важко дається самоствердження. Появу захворювання часто супроводжують конфліктні партнерські відносини.

З медичного погляду алергічними реакціями шкіри (нейродерміт) є атипові імунні реакції організму на зовнішню дію. Ворожість при такій патології, як нейродерміт, може трансформуватися у соматичні прояви.

Напади нейродерміту часто виникають при проблемах у партнерських відносинах, розлуці або появі осіб, які мають велику емоційну привабливість для хворих. Нерідко виявляються переживання і прояви сильних почуттів, очікувань, бажання близькості, сексуальності та її фрустрації унаслідок власної амбівалентності або відмови партнера. При цих конфліктах, пов'язаних із ситуацією зближення, в багатьох описах підкреслюється роль власної тілесності, бажання і задоволення, можливості показати та уявити себе в тілесному вигляді. Ці описи звичайно визначають поняттям "ексгібіціонізм".

2.6.4. Псоріаз

Псоріаз, або лускатий лишай — хронічне рецидивуюче захворювання людини, що характеризується ураженням шкіри.

Існує декілька теорій виникнення хвороби: спадковий фактор, інфекційний збудник (насамперед віруси), гострий стрес. Під час псоріазу первинним елементом є плоский вузлик, вкритий легкими сріблястими лусочками та різко відмежований від навколишньої шкіри. Під час зшкрябування поверхня вузлика (папули) набуває вигляду застиглої стеаринової плями. При подальшому зшкрябуванні можна бачити тонку напівпрозору плівку (термінальна плівка), на поверхні якої виступають крапельки крапчастої кровотечі (кров'яна роса). За наявності цих трьох симптомів – "стеаринова" пляма, термінальна плівка і кров'яна роса – діагностують "псоріаз".

Посилення розладу спостерігається на фоні неспецифічних, психічно обтяжуючих ситуацій, таких як переживання втрати об'єкта і загрози безпеки і здоров'ю хворих.

По-різному змінюється самооцінка хворих. Вони демонструють такі симптоми, як страх, пригніченість з одного боку і виражене поведінкове реагування – з іншою. Хворі на псоріаз схильні також до демонстративності.

Психічні чинники активні особливо тоді, коли симптоми схильні до виражених коливань і коли з'являються гострі рецидиви і затяжне свербіння.

Психічні аспекти далеко не завжди є головною патогенетичною ланкою, оскільки доведена значна роль спадкової схильності до захворювання. Свербіння не завжди зумовлене психічно, воно швидше залежить від гостроти проявів псоріазу. Хворі з давніми хронічними формами мало страждають від свербіння.

2.6.5. Картина особистості під час шкірних захворювань

Можна зауважити прямі кореляції між виявами псевдоалергічної реакції і гостротою конфліктної або психотравмуючої ситуації, а також ступенем емоційних порушень (емоційної напруженості, тривоги, депресії і страху, часом фобій). Перехід на іншу роботу або переїзд у нову квартиру, хвороба і смерть близьких або розлучення, страх перед іспитом або боязнь небажаної вагітності лягають в основу подібної симптоматики, що розвивається вперше або рецидивує після більш-менш тривалої (часом багаторічної) ремісії. Загальновідома чисто рефлекторна кропив'янка (на фоні значної астенізації організму) у студентів під час екзаменаційної сесії, у вкрай вразливих жінок, змушених одного разу скористатися громадським туалетом, або в емоційно нестабільних

людей, страждаючих, як правило, синдромом подразненого шлунка або подразненої товстої кишки, при одній лише думці про харчові продукти, що викликали колись гострі диспепсичні розлади. Можливі навіть фіксовані псевдоалергічні реакції на певні психотравмуючі чинники або один спогад і уявлення про них (наприклад, парціальний бронхоспазм і пароксизм астмоїдної задишки у дружини у відповідь на напади стенокардії у чоловіка; щорічна кропив'янка з ангіоневротичним набряком у батька в день смерті дочки; висипання і набряк Квінке у молодих жінок при одному лише погляді на малюнок квітки або флакон парфумів, запах яких провокував у минулому аналогічні шкірні зміни).

Нашарування психосоматичних симптомів емоційного стресу на найнесерйозніші, здавалося б, шкірні зміни (юнацькі угрі, себорея) різко міняє, інтенсифікує і хронізує всю клінічну картину. Гіперболізоване почуття фізичної і соціальної неповноцінності, властиве хворим зі шкірними хворобами, і загострена сприйнятливість до реакцій оточуючих посилюють емоційну напруженість цих пацієнтів, їхню підозрілість і настороженість, штовхають їх на шлях негативізму і соціальної ізоляції. Не випадково більшість таких хворих віддає перевагу прогулянкам наодинці або колекціонуванню марок усім контактам із зовнішнім світом.

Усе більша замкнутість і дратівливість аж до озлобленості та агресивності, крайня недовіра до можливого щирого співчуття і людського розуміння взагалі і тверда переконаність в екзогенній природі свого страждання надзвичайно утруднюють спілкування цих хворих з лікарями. Непомірні або просто нерозсудливі установки на найрадикальнішу терапію з приводу уявних або незначних дефектів шкіри, що стали об'єктом невичерпної іпохондричної тривоги, приводять кінець кінцем до відмови від них дерматологів і направлення до психіатра, що, на думку цих пацієнтів, неправомірно і, з деяких причин, недопустимо. У пацієнтів із неспецифічним ураженням шкіри (особливо за наявності вульгарних угрів і себореї) достовірно частіше діагностують важкий депресивний стан, ніж навіть у хворих на меланому (Cassileth et al., 1982).

Досить буденним проявом страху зараження якимсь інфекційним або венеричним захворюванням є "настирливі ідеї охайності" (Obermayer, 1955), нерідкі у лікарів і медичних сестер, що працюють у дерматологічних або фтизіатричних диспансерах і стаціонарах. Невпинне миття рук може привести в таких випадках до розвитку важкого дерматиту.

2.7. Хвороби опорно-рухового апарату

Терміном "ревматичні захворювання" об'єднуються патологічні картини, загальною характеристикою і провідним симптомом яких є болі в опорно-руховому апараті.

Розрізняють щонайменше три головні групи ревматичних захворювань: запальні процеси суглобів і хребта, дегенеративні захворювання суглобів і хребта і ревматичні ураження м'яких тканин. Четвертою групою є так звані параревматичні захворювання, унаслідок яких біль у тканинних структурах опорно-рухового апарату є ознакою іншого захворювання.

2.7.1. Ревматичні ураження м'яких тканин

Різноманітні форми фіброміалгії, зокрема синдром фіброзиту, ревматизм м'яких тканин, або функціональний м'язовий ревматизм, описані під різними назвами: "міалгія", "болі внизу спини", "простріл", "жорсткі лопатки". На відміну від органічних ревматичних захворювань вони мають мінливі локалізацію і симптоматику, причому відсутні об'єктивні ознаки запалення. Найчастіша локалізація симптомів – поперек і плече-потилична ділянка. У психічному стані чітко виражені переживання страху і депресії [13].

Хворі мало схильні до гіперкомпенсованої поведінки. Їхні латентні або явні бажання, турботи і тенденції до залежності яскраво висловлені, чітко визначається схильність до самопожертвування і залежності.

Впадає в очі застигла і перебільшена життєва позиція хворого. Вони часто демонструють підвищений самоконтроль і прагнення до перфекціонізму. Вони не можуть дозволити собі здорових агресивних імпульсів, розчарування і образу вони намагаються компенсувати "внутрішньою стійкістю". Характерною для них є тенденція до самопожертвування і перебільшеної готовності допомогти, яка виявляється не спонтанно, а з внутрішнього примусу. Типово агресивне забарвлення допомоги, пропонованої цими хворими, одержала вдале позначення як "злобне упокорювання" і "любляча тиранія".

Блоковані агресивні імпульси хворих виражаються в підвищеній м'язовій напрузі і в локалізованих або генералізованих болях. Дані про локалізацію болю можуть змінюватися від обстеження до обстежен-



ня. Зауважують, що болі дуже швидко знижуються під час зменшення психічного навантаження хворого.

Описаний конфлікт між самопожертвуванням і стабільністю, жертовністю й егоїзмом, лагідністю і агресивністю. Емоційні стани, насамперед, депресія, витісняються менше. Таких хворих можна порівнювати з боксерами перед ударом гонгу, з бігунами перед стартом, коли готовність довго не реалізується. Унаслідок схильності до самопожертвування і залежності часто можна виявити наявність рентних установок.

Серед особливостей особистості цих хворих помітна тенденція до вторинної вигоди, потреба в ощадливому ставленні, відкрите бажання непрацездатності.

У психодинамічному плані виявляється амбівалентний конфлікт між стороннім володарюванням і самогосподарюванням, водночас послужлива і жертовна поведінка. З цієї амбівалентності і хронічно загальмованої агресивності й відбувається підвищення м'язового тонусу в типових місцях, найчастіше у ділянці шийних і поперекових хребців.

Зовні слухняні, скромні і несамостійні хворі уникають прямого протистояння, конфронтації з психотерапевтом. Вони не прагнуть до терапевтичних контактів, посилаючись на несерйозність захворювання, заперечують всяку необхідність якого-небудь соматичного або психологічного лікування. Хворих важко утримати на лікуванні, вони не підтримують контактів, дають психотерапевту зрозуміти, що дуже пильна увага до їхньої хвороби не отримає визнання. Ці відмови і тенденції до відходу можуть викликати розчарування і відступ з боку психотерапевта. Тихо страждаючі ревматики схильні до того, щоб нав'язувати іншим свій стиль взаємостосунків. Якщо доводиться вирішувати питання про лікування з родичами хворих, то виявляється, наскільки укорінилася в проблеми сім'ї їхня соматична і психічна симптоматика.

2.7.2. Симптоми остеохондрозу

Остеохондроз – це дегенеративно-дистрофічне захворювання хребта, насамперед міжхребцевих дисків, що супроводжується їхньою деформацією, зменшенням висоти, розшаруванням. Найчастіше остеохондроз локалізується у нижньошийних, верхньогрудних та нижньопоясних відділах хребта. Поширений остеохондроз дуже широко і до 40-річного віку з'являється у більшості людей тією чи іншою мірою [90].

Етіологія остеохондрозу недостатньо з'ясована. Велике значення мають спадкова схильність, вікові зміни в міжхребцевих дисках, їхня гостра або хронічна травма, порушення сегментарного кровообігу. У клінічній картині переважають болі в тому чи іншому відділі хребта, відчуття дискомфорту, що посилюються при незручних або тривалих позах (частіше фізичних навантаженнях) [90].

Психічний конфлікт може бути недоступний хворим, він представлений тепер мовою органів. Weintraub (1969, 1973) намагався визначити значення кожного відділу хребетного стовпа.

Шийний відділ тримає голову людини. Ми говоримо, що людина затверджує себе, якщо не "схиляє голови" перед труднощами і перешкодами. До цервикального синдрому можуть вести такі чинники, як неадекватні установки, при яких самоствердження перестає бути его-синтонним та/або вимагає постійної додаткової вольової напруги з упертими спробами досягти одного дня поставленої мети.

Грудний відділ сильно і найбільш зримо відображає настрій людини. Печаль, відчай, втрата мужності примушують людину зігнутися, вони характеризуються її зігнутою спиною.

Сутулість підлітків у багатьох випадках є результатом внутрішньої установки, що виникла унаслідок того, що вони не можуть відповідати зовнішнім і внутрішнім вимогам, які пред'являє життя до духовно не доспілого тіла. "Ці хлопці не доросли до своєї дорослості" (Weintraub, 1969).

Поперековий відділ. Простріл (люмбаго) – гострий епізод. Він може бути викликаний різким рухом або підняттям тягаря, але часто виникає і без видимих причин. Він часто, але не обов'язково, трапляється унаслідок таких змін у хребті, як дископатія або зміщення хребця.

Хронічні болі в поперековому відділі часто є виразом психічного обтяження. Проявляється найперше у жінок, які компенсують невпевненість у собі, у своїй відповідності сімейним або професійним вимогам перебільшено прямою поставою, а також і у жінок, що залишили свій опір і пригнічені тягарем повсякденних турбот.

Хронічні болі в поперековому відділі можуть також бути виразом фрустрації. Вони пов'язані насамперед із нереалізованими очікуваннями, щодо міжособистісних відносин, і з виникненням унаслідок цього стану незадоволеності. У чоловіків вони нерідко є неусвідомленою демонстрацією невдачі – чи то в професії чи в реалізації своїх чоловічих функцій.

2.7.3. Ревматоїдний артрит

Артрит ревматоїдний – характеризується, хронічним прогресуючим запаленням багатьох суглобів кінцівок, пов'язаним із циркуляцією в крові імунних комплексів. Захворювання виявляється стійким артритом (зазвичай поліартритом) з раннім і переважним ураженням дрібних суглобів кистей і стоп. Характерна ранішня скутість у хворобливо припухлих суглобах, підвищення температури шкіри над ними [91].

У преморбіді пацієнти характеризуються як тихі, малопомітні люди. Їх відрізняє старанність і сумлінність. Часто помітна їхня альтруїстична поведінка, що, в поєднанні з енергією і жаданням діяльності, робить їх неперевершеними матерями і невтомними доглядальницями. Майбутні пацієнти приділяють украй мало уваги своїй тілесності. Їхня терплячість, ймовірно, відповідає внутрішній забороні на відкритий вираз залишкових агресивних спонукань (F. Alexander).

Хворі на ревматоїдний артрит зазнають великих труднощів у придушенні своїх вороже-агресивних імпульсів. Проте спроба вирішити ці імпульси є комбінацією самоконтролю і "добродійної" тиранії над іншими. Матері, страждаючі на ревматоїдний артрит, схильні строго контролювати майже всі рухові прояви у своїх дітей. Багато хто з них відчув у дитинстві схожі материнські впливи, маючи таких же владних матерів.

Загалом можна говорити про невдале урівноваження полюсів м'якості і жорсткості. Зазвичай тенденція до м'якості пригнічується посиленням моторної напруженості, м'язовими діями, у жінок – "чоловічим протестом".

У всіх хворих на ревматоїдний артрит із достатньою постійністю простежено три риси:

1. Стійкі прояви сумлінності, обов'язковості і зовнішньої поступливості, що поєднуються зі схильністю до придушення всіх агресивних і ворожих імпульсів, таких, як злість або лють.
2. Мазохістично-депресивні прояви з сильною потребою до самопожертвування і надмірним прагненням до надання допомоги, що поєднуються з надетичною поведінкою і схильністю до депресивних розладів настрою.
3. Виражена потреба у фізичній активності до розвитку захворювання (професійний спорт, інтенсивна робота по дому, в саду тощо).

Ці три особливості характеру представляються під час ревматоїдного артриту як щось застигле і перебільшене; вони негнучкі і не пристосовані до вимог середовища. З психодинамічних позицій це характерологічно-невротична переробка конфлікту у сфері агресивності і честолюбства.

Хворі з первинним хронічним поліартритом – це навчені досвідом пацієнти, з якими буває мало клопоту, хоча саме у подібних хворих треба було б чекати найбільших труднощів. Вони скромні і невимогливі, часто до байдужості. Вони майже ніколи не бувають явно депресивні, хоча доля обмежує можливості їхньої діяльності; вони майже ніколи не обурюються, не бувають нестерпними та уїдливими, не впадають у відчай або злість. Їхня терплячість і помірність знаходяться в різкій суперечності з тією катастрофою, яка відбувається у їхньому житті.

Урівноваженість, скромність і невимогливість є результатом того, що ці хворі не повною мірою оцінюють всі симптоми хвороби і важкість її наслідків. Хворі сприймають свої деформовані руки не стільки як хвору частину тіла, скільки як прикру перешкоду. Із здивуванням можна бачити, які дії вони цими руками виконують. Всупереч очікуванням, хворі руки не виключаються зі схеми тіла; пацієнти їх не щадять, не ізолюють, а сприймають як цілком придатні для вживання органи, хоча дещо пошкоджені і "загальмовані", і використовують їх відповідно. Хворий невибагливий, скромний і терплячий, коли "зредуковано" сприймає себе самого, свою хворобу і хворобливий стан своїх частин тіла. Скромність є своєрідним способом втечі від правди (Любан-Плоцца та ін., 2000).

Велика частина хворих із первинним хронічним поліартритом до хвороби були особливо активними і діяльними. Помітна їхня невтомність у турботі про близьких. Це безкорисливість служіння і невтомності, а згодом (після захворювання) безкорисливість невимогливості і скромності. Загальне для преморбіду і для хвороби – це пануючий упродовж всього життя хворого на поліартрит процес самоприховання, редукція сприйняття самого себе. Сьогодні ці обмеження здатності сприйняти власні почуття і використовувати їх як сигнали в широкому значенні слова описують також під час алекситимії. Багато хто, якщо не всі хворі з хронічним поліартритом, виявляє ці ознаки.



2.8. Гінекологічні захворювання

Психосоматичні аспекти в гінекології торкаються насамперед психічної сторони нормального розвитку жінки під час пубертатного періоду, сексуального дозрівання, вагітності, пологів, клімаксу. Психосоматика займається найперше порушеннями цих нормальних процесів розвитку і діючими при цьому психічними чинниками (Бройтігам і ін., 1999).

Психосоматичні порушення і реакції можуть супроводжувати пубертатні кризи, вагітність, пологи і клімактерій і виступати як наслідок соматичних гінекологічних захворювань. Тривалих, дорогих і обтяжуючих обстежень часто можна було б уникнути, якщо брати до уваги психосоматичні аспекти в рамках гінекологічного лікування хворих.

У процесі місячного циклу гормони специфічно діють на зумовлену інстинктами поведінку жінки. Менструальний цикл починається з фолікулінемічної фази, якій передує овуляція, і характеризується послідовним підвищенням гетеросексуальних тенденцій. Після овуляції настає фаза, координована лютеїном, із материнськими спонуканнями і більш пасивною потребою бути коханою і заплідненою. У передменструальній фазі відбувається загальний відтік гормонів, супроводжуваний тенденціями до очищення і викиду.

Якщо пробуджені гормонами потреби не можуть бути задоволені в межах відповідної фази еротичними актами, можуть залишитися напруги, що порушують гармонійне протікання циклу. Так виникає порушення гормональної рівноваги, яка, підвищує емоційну напругу і тим самим підтримує порочне коло психосоматичного змісту (Prill, 1964).

В основі гінекологічних захворювань часто знаходяться порушення партнерських відносин.

2.8.1. Рак молочної залози

Як і при інших формах раку (див. п. 2.10), є вказівки на те, що чинники, закладені в преморбідній особистості, так як і психічна їхня переробка, виконують вирішальну роль. Жінки, які вже раніше були психічно менш витривалими, мали складнощі в міжособистісних відносинах, у сексуальній і професійній сферах, проявляють більш виражені, тривалі емоційні реакції з депресивною і тривожною переробкою.

Збереження або видалення молочної залози під час хірургічного втручання і радикальність останнього корелюють із вираженням і тривалістю психічних симптомів, що приєдналися згодом. Ізоляція, яка настає у хворих, особливо виразна в особистісній сфері: 89% хворих на рак молочної залози майже або зовсім не обговорюють зі своїм партнером факт свого захворювання.

Загальна думка про те, що органозберігаюча операція психологічно краще переробляється не тільки молодими, але й старшими жінками і позитивно впливає на подальший перебіг хвороби, підтверджується в наш час і хірургами. Принаймні вже на перших стадіях після операції можливий вітальний прогноз. Звичайно, і після зберігаючої груди операції у багатьох випадках буває потрібне повторне оперативне втручання, яке призводить до нових труднощів.

У хворих на рак молочної залози разом з фізичним станом заслуговує уваги не тільки перша перед- і післяопераційна "шокова фаза", але і психічний стан у подальші роки. Зауважено, що спочатку після операції переважає позиція відкидання істини або установка "живи одним днем". Через 2,5 роки після операції у більшості залишаються такі установки, як "дух боротьби", "надія" або "покірність долі". Але приблизно третина хворих ще випробовують труднощі, вони уникають роздивлятися себе голими в дзеркалі або показуватися у такому вигляді своєму партнеру. Кожна третя жінка вважає, що партнер пригнічений її хворобою, але прагне бути уважним. Половина хворих були задоволені відносинами з партнером, у тому числі і сексуальними.

Не викликає сумніву необхідність психосоціальної допомоги для подолання соматичних і психічних наслідків хвороби, найперше – з боку сім'ї і партнера. Половина хворих вважають за необхідне створення груп, в яких би обговорювалися психічні проблеми, а також проводилися індивідуальні бесіди з психотерапевтами. Близько 10% хворих, яких можна віднести до невротично реагуючої групи ризику, борються з почуттям пригніченості і ворожості і мають показання для цілеспрямованої психотерапевтичної допомоги.

2.8.2. Первинна аменорея

Аменорея. Відсутність менструацій протягом 6 місяців і більше. Розрізняють істинну і хибну аменорею. Як фізіологічний стан спостерігається до настання зрілості, в клімактеричному віці, під час вагітності і під час годування дитини грудьми, в

період менопаузи. Патологічна аменорея може бути первинною (менструації ніколи не було) – вона або генетично зумовлена, або зумовлена затримкою статевого розвитку. Вторинна (припинення менструації) виникає у разі загальних інфекційних і соматичних захворювань (туберкульоз, ревматизм, вади серця, хвороби печінки тощо), у разі важких інтоксикацій (алкоголізм, отруєння ртуттю, свинцем), нервово-психічних порушеннях і гормональних розладах (ураження гіпофіза, гіпоталамуса, яєчників, наднирників, щитовидної залози) [91].

Менструації мають низку біологічних параметрів, які знаходяться на різних рівнях і взаємодіють зі світом переживань і багатоманітними зовнішніми впливами. Це виявляється вже під час менархе – першій менструації, яка з'являється у сучасних дівчаток на декілька років раніше, ніж кілька десятиліть тому. Професійна ж освіта, соціальна незалежність і закінчення юності перемістилися на третє і навіть четверте десятиліття життя. Унаслідок цього статеве дозрівання випереджає психічне, особистісне і соціальне дорослішання. Водночас молоді люди в наші дні сексуально інформовані, активізуються ззовні, і сексуальна активність починається все раніше, нерідко стаючи причиною конфліктів.

Первинна аменорея (надто пізня поява менструації) описується при різних особистісних структурах. Однак при цьому виходять з того, що на перший план виступає вплив гормональних і соматичних чинників разом з впливом аліментарних умов.

2.8.3. Вторинна аменорея

Скороминуща відсутність менструацій під впливом психічних чинників відноситься до найчастіших психосоматичних спостережень, які мають у своєму розпорядженні психотерапевти. В більшості випадків мають місце важливі ситуативні впливи, прояви страху, жаху і загалом стресу.

Наступним чинником є "позбавлення коріння". Розлука з близькими людьми, вилучення зі звичного середовища дуже часто викликають розлади менструацій. Лише розлука з близькими людьми спричиняє приблизно у 20% жінок нерегулярність менструацій або аменорею (треба згадати також ситуації розірвання заручин, покинутість батьками тощо). Періодичні кровотечі регулюються не виключно за допомогою

гормонів, але і завдяки контакту з протилежною статтю, оскільки такий контакт має загальносоматичне значення, будучи функцією, що впливає на всі життєві процеси.

2.8.4. Дисменорея і передменструальний синдром

Дисфункціональні маткові кровотечі. Результат порушення продукції статевих гормонів яєчників. Бувають в різних вікових періодах: дитячому (ювенільному), дітородному, клімактеричному. Їхньому виникненню сприяють найрізноманітніші чинники: вікові особливості організму, нервово-психічні, професійні шкідливості, несприятливі матеріально-побутові умови, інфекційні захворювання, хронічні запальні процеси органів статевої системи тощо. Для захворювання характерне чергування затримання менструації (до декількох тижнів) і кровотеч, які бувають різними за силою і тривалістю.

Передменструальний синдром. Розлад функцій нервової, серцево-судинної та ендокринної систем у другій половині менструального циклу. За 7–10 днів до початку менструації з'являються: головний біль, безсоння, депресія, дратівливість, знижується працездатність, збільшується маса тіла. Іноді спостерігаються тахікардія, серцеві аритмії, болі у ділянці серця, задуха, незначне підвищення температури. З початком менструації всі симптоми йдуть на спад [91].

Психоаналітично орієнтовані гінекологи знаходять у жінок з дисменореєю невротичний конфлікт, пов'язаний з анальною проблематикою. Відповідно анальним переживанням під час менструацій також виникає страх втрати, який може призвести до судорожного внутрішнього стану напруженості і регресивного замикання в собі. Це згодом зачіпає як менструації, так і сексуальну готовність і часто поєднується із закрепами.

Мало яка інша область є такою доступною для вторгнення психогенних і психосоматичних чинників, як менструальний цикл жінки. Дисменорея указує на внутрішні напруги. В окремих випадках зв'язок з актуальним порушенням є очевидним, як у молодих дівчат під впливом емоційних навантажень, так і у заручених або покинутих жінок і у заміжніх, які соромляться сексуального акту, нещасні в своїй сім'ї або бояться вагітності. Деякі з цих дисменорей зникають після укладання



щасливого шлюбу, поліпшення умов життя і подружніх відносин або після появи бажаної вагітності.

Звична дисменорея часто є наслідком глибоких внутрішніх конфліктів. Вони можуть коренитися в негативному ставленні матері до менструації, якщо воно передалося дочці. Тут матері швидше говорять з дочками про запліднення, вагітність і пологи, ніж про менструацію. Сімейна ситуація під час настання циклу має велике значення для пізнішої інтеграції жіночої ролі і сексуальності, з одного боку, і появи менструальних порушень – з іншого.

Звичною дисменореєю страждають найперше невротичні, фригідні жінки з низькою соціальною адаптацією і свідомим страхом сексуального контакту. Можуть зустрічатися характерологічні структури чоловічого типу з тенденцією до домінування, в осіб, що відчувають себе приниженими процесом менструації. Деякі в своїй емоційній поведінці затримуються на пасивному ступені маленької дитини, шукають материнського захисту і лякаються задач, які життя ставить перед ними як дорослими жінками.

Рідко можна зустріти страждаючих порушеннями циклу жінок, які здатні до оргазму і мають нагоду до цього переживання в межах стабільних, задовольняючих партнерських відносин. Порушення мають причиною нечасті сексуальні акти (раз на місяць або ще рідше). Звично це – таємниця, боязливо приховувана багатьма пацієнтками. Фригідність і стриманість виявляються майже завжди, так само як і скороминуща або стійка нейровегетативна напруга і сексуальна незадоволеність. Те, що колись називали "менструальним неврозом", є не що інше, як латентна форма неврозу страху.

Найчастіше виявляється порушеною передменструальна фаза циклу; в цей час жінка боязлива, дратівлива або депресивна. Тип порушень визначається фіксацією або регресією: деякі хворі демонструють оральні дисфункції (анорексія, булімія, алкогольні ексцеси), інші страждають порушенням функції кишечнику, як, наприклад, спастичними передменструальними закрепами, які потім під час менструації легко переходять в проноси.

2.8.5. Менархе і клімакс

Поява менструацій (менархе) та їхні припинення (клімакс) вносять радикальні зміни в життя жінки. Обидва ці процеси часто переживаються двоїсто.

Період статевого дозрівання називають пубертатним – це час, коли організм досягає біологічної статевої зрілості і дівчина в анатомічному і функціональному відношенні готова до продовження роду. Розрізняють дві стадії дозрівання. Перша передпубертатна: прискорене зростання "стрибком", поява вторинних статевих ознак, подальший розвиток статевих органів і початок менструації менархе. Друга фаза: уповільнення зростання, завершення розвитку вторинних статевих ознак, регулярні менструації. Звичайно менархе настає у віці 12–14 років.

До аномалій у дівчаток відносять: передчасний статевий розвиток, його затримка або відсутність, спричинені нестачею або надлишком гормонів в організмі. В основі зазвичай лежить запальний, дистрофічний або пухлинний процес, що локалізується в якомусь відділі нейроендокринної системи і порушує її функцію. При цьому симптоми гормонального характеру поєднуються з неврологічними або ендокринно-обмінними (ожиріння, відставання в рості, підвищення артеріального тиску тощо). Важкі психоемоційні ситуації, неповноцінне харчування можуть затримати статеве дозрівання або розладнати щойно розпочаті менструації. Легкий стрес, а також переважання в раціоні солоної, м'ясної і жирної їжі із застосуванням прянощів, маринадів, навпаки прискорюють статеве дозрівання.

Початок місячних означає появу турбот через наступаючу жіночність, щомісячно виникаючих утруднень і неприємних переживань, але водночас це показник дозрівання і повної функціональної здатності бути дружиною і матір'ю.

Клімактеричний період. Фізіологічний перехід організму від статевої зрілості до припинення генеративної (менструальної і гормональної) функції яєчників.

У більшості жінок клімактеричний період проходить без виражених розладів. Часом ускладнення його перебігу виражається в деякій збудливості, порушенні сну, запамороченні, підвищенні артеріального тиску, приливах жару до обличчя, верхньої половини тулуба, прискореному серцебитті, стомлюваності тощо. Близько 10% жінок переносять клімакс патологічно: приливи дуже часті, різко підвищується жар, може бути порушення обмінних процесів в організмі, виявляється психічний розлад. Клімакс супроводжується дисфункціональними матковими кровотечами.

Припинення місячних звільняє від "критичних днів", але й засвідчує втрату здатності до продовження роду і народження нового життя.

Гормональні чинники перебудови в клімактеричному періоді, без сумніву, впливають. Водночас не треба применшувати і суб'єктивне значення жіночності, а також питання, чи було дотепер повноцінним життя жінки як сексуального партнера, дружини і матері, і яке співвідношення непережитого і невиконаного.

З психосоматичних проявів при цьому описують зменшення або збільшення маси тіла, вазомоторну лабільність із припливами жару, часту зміну настрою, тривожність, дратівливість, зниження сексуальних потреб або їхнє надмірне посилення. Ці симптоми навряд можна пояснити тільки гормональною перебудовою. Так звана сексуальна паніка перед закриттям воріт – це не просто слідство гормональних змін; вона часто стає для жінки точкою відліку для підведення балансу прожитого життя. Зауважили також, що в країнах західної культури у жінок із вищих соціальних шарів менопауза настає пізніше, тоді як у соціальних низах – значно раніше. У слаборозвинених країнах у жінок, що виконують важку роботу, менструації також припиняються раніше.

Поза сумнівом, із настанням менопаузи починається друга половина життя жінки з характерними для неї процесами соматичної інволюції, впродовж якої стани пригніченості, коливання настрою і навіть явні депресивні реакції стають частішими, ніж у першій половині життя. Зовнішніх і внутрішніх мотивів для цього у чутливих людей вистачає.

2.8.6. Психосоматична стерильність

> Йдеться про психогенно-зумовлену відсутність у жінки в дітородному віці здібності до зачаття протягом 2–5 років під час статевого життя.

Однозначної специфіки типу особистості не існує. Goldschmidt (1973) за даними літератури формулює дві найпоширеніші особистісні характеристики.

Виступаюча в чоловічій ролі, жінка, що змагається, з вираженим прагненням до домінування і бажанням незалежності.

Фізично і психічно незріла жінка, залежне положення якої є найяскравішою ознакою.

Інші автори говорять про відхилення материнської ролі або жіночої ролі взагалі як про особистісну ознаку функціонально стерильних жінок. Психодинамічно психологічний захист від вагітності, пологів і материнства виявляється пов'язаний з ранніми відносинами з матір'ю.

Bibring пов'язує значення вагітності і материнства з відносинами між партнерами, з відносинами жінки до себе і до дитини. Інтенсивні відносини між партнерами ведуть через готовність до зачаття, до того, що частина улюбленого партнера стає частиною Я жінки. Це вторгнення повинне прийматися жінкою. Дитина представляє для неї тоді її саму, представництво батька – дитини і представництво її власного Я.

2.8.7. Психосоматика спонтанного аборту і передчасних пологів

Аборт спонтанний. Причини його часто залишаються незрозумілими. Велике значення мають попередні штучні аборти (особливо переривання першої вагітності), затримка статевого дозрівання (інфантилізм), гострі і хронічні інфекційні захворювання, імунологічна несумісність крові матері і плоду за резус-фактором і групою крові, дисфункції залоз внутрішньої секреції (гіпофіз, яєчники, надниркові, щитовидна залоза) та істмико-цервікальна недостатність (патологія шийки матки), фізичні чинники (підняття тяжкого, травми, удари тощо). Передчасні пологи настають між 28-м і 39-м тижнями вагітності. Причини ті ж, що й під час спонтанних абортах [91].

Відомо, що 14–20% усіх клінічно діагностованих вагітностей закінчуються спонтанними абортами. Однак психічному переробленню викиднів у клінічній практиці і наукових дослідженнях довго не надавали особливого значення, оскільки більшість спонтанних абортів відбувається на ранніх термінах вагітності. З огляду на уявлення про те, що зв'язок з плодом, який росте, виникає пізніше, хоча б у разі появи рухів дитини, психотерапевти зазвичай обмежуються порадою скоріше завагітніти знову і забути про викидня. Крім того, відсутність ритуальних форм трауру і співчуття також робить цю втрату несуттєвою і допускає психічне перероблення у вигляді "прихованого трауру".

Лише казуїстичні випадки і дослідницькі дані показують наявність виражених і стійких, іноді затягнутих реакцій, подібних до тих, які описуються під час втрати близьких людей. При цьому з'являються симптоми скорботи (печаль, втрата апетиту, розладу сну, збудливість, зниження загальної активності, думки про померлу дитину, сновидіння, що повторюються), а також інтенсивні прояви злості і ворожості по відношенню до медичного персоналу, відчуття заздрості до матерів і вагітних жінок, самодокори і відчуття вини, суїцидальні думки і страх смерті. Особливо виразні напруга в партнерських відносинах і зміна

відносин з уже наявними дітьми від зневаги ними до гіперопіки і тривожності.

Під час інтенсивного виявлення причинних факторів з'ясовують, що значна частина викиднів (25–50%) не зумовлена органічними причинами. Крім того, з'ясувалося, що у разі звичних викиднів (більше трьох) завдяки посиленій увазі психотерапевтів і багато в чому незалежно від характеру лікування, поради, що даються психотерапевтами, приводять до доношування наступної вагітності.

Водночас із з'ясуванням цього питання після спонтанного аборту важливо звертати увагу на печаль і психічну реакцію жінки, яка дуже потребує інформації та порад. Необхідно дати їй ці поради в бесідах й інформувати її про психічні наслідки спонтанного аборту.

Нелегальні, так як і легальні, аборти, наслідком яких може бути стерильність, часто призводять до важкого внутрішнього конфлікту. Психічно не перероблений аборт, особливо якщо чоловік не причетний до нього і не несе за нього відповідальність, а жінка вимушена зробити все сама, приводить до усвідомленого або несвідомого конфлікту й відчуття вини з багатьма супутніми функціональними і психосоматичними порушеннями. Без сумніву, непередбачена бездітність для жінки – надзвичайне психічне навантаження, яке може стати основою для багатьох патологічних психічних і психосоматичних реакцій. При цьому часто спостерігаються тривалі депресії, місяцями триваючі різкі коливання настрою, надцінні ідеї з фазами аменореї, які можуть привести до хибної (неправдивої) вагітності. Психотерапевтичні поради і підтримка можуть бути дуже корисні, але насамперед треба спробувати відмовити жінку від бажання мати дитину, що оволоділо нею, вказавши їй на інші завдання та інше значення життя.

2.8.8. Хибна вагітність

Описана у минулому психіатрами "нервова вагітність", що отримала потім назву "хибна (уявна, неправдива) вагітність" є найяскравішим прикладом драматичної психогенної соматизації, коли у разі відсутності фізіологічної вагітності хвора переживає характерні суб'єктивні відчуття: смакові і нюхові примхи, сонливість, легку втомлюваність. Спостерігається припинення менструацій, збільшення молочних залоз і поява молозива при видавлюванні із сосків та інші характерні ознаки вагітності.

Це дуже рідкісне в наші дні явище показує, до якої межі може змінитися жіноче тіло під впливом аутосугестивних уявлень. Уявна вагітність зустрічається найчастіше у самотніх, овдовілих або живучих ізольовано жінок. Звичайно вона спричинена тільки сильним бажанням вагітності, але в окремих випадках простежується під час статевих контактів, що переживаються з почуттям вини. У цих випадках виникає уявлення про вагітність, яке може потім закріплюватися з маячно-подібною переконаністю на багато місяців і навіть років усупереч негативним результатам акушерського обстеження.

Як і хворі зі справжнім маренням, ці жінки не піддаються корекції раціональними доводами. Для них характерні не тільки суб'єктивні відчуття, властиві нормальній вагітності, такі як погане самопочуття, блювота, особливі пристрасті в їжі, відчуття важкості у животі. Багато хто з них переживає навіть відчуття руху дитини в тілі, настання переймів. Спостерігаються типове набухання молочних залоз, пігментація навколо сосків, іноді навіть виділення молозива, у деяких випадках помітні зміни шийки матки і зовнішніх статевих органів, як це відбувається під час справжньої вагітності. Жінка швидко повніє, помітні всі зовнішні ознаки вагітності. Хімічні і біологічні проби на вагітність залишаються негативними.

У випадках хибної вагітності терапевтично навряд чи вдасться знайти опору для вербальної психотерапії, оскільки ці жінки зазвичай непохитні і твердо дотримуються своїх уявлень.

Успішно використовуються методи арт-терапії, психодрами, тілесно-орієнтованої терапії, танцювальної терапії.

2.9. Функціональні сексуальні розлади

> Кількість сексуальних переживань, особливо у жінки, більшою мірою залежить від психологічних і соціологічних чинників, а не від гормонального фону (Любан-Плоцца та ін., 2000).

В основі відсутності сексуальної реактивності жінки, з психоаналітичного погляду, лежать глибинні невротичні розлади з передгенітальної фази розвитку. З погляду комунікативної теорії, фригідність (статева холодність чи відсутність задоволення) є вираженням і наслідком порушених міжособистісних відносин.

За даними статистики близько половини чоловіків у віці від 40 до



70 років мають еректильну дисфункцію (порушення ерекції) різного ступеня вираження.

У світлі психоаналітичного підходу імпотенцію (еректильну дисфункцію) розуміють як захисний механізм Я від пов'язаних із сексуальністю страхів. Едіпова ситуація з прихильністю до матері і змагальними відчуттями по відношенню до батька вирішувалась неадекватно; це привело до фіксації такого конфлікту з формуванням страхів аж до зрілого віку. Виникле як захист від страху функціональне порушення наділене "Я-стабілізуючою" функцією. За даними Thomas (1989), сексуальна поведінка порушується тільки тоді, коли вона пов'язана із страхом. Він бачить "виключно тісні зв'язки між психологічними бар'єрами в сексуальній області і їхнім тілесним вираженням".

2.10. Онкологічні захворювання

Рак. Пухлина, що розвивається з покривного або залізистого епітелію. Складається зі сполучнотканинної строми із розвиненими лімфатичними і кровоносними судинами і паренхіми з епітеліальних клітин, розташованих окремими осередками. Виникає рак у всіх органах і тканинах, в яких є епітеліальні елементи, найчастіше в шлунку, легенях, матці, в молочній залозі і на шкірі [91].

Розвиток починається з атипового розмноження епітеліальних клітин, які руйнують власну сполучну оболонку і утворюють окремі скупчення ракових клітин та розростається сполучнотканинна строма. Спочатку ракова пухлина невеликого розміру, рухома (I стадія). Надалі вона починає проростати в товщу тканини або органа, викликаючи розлади його функції, з'являються окремі метастази в лімфатичних вузлах (II стадія). Пухлина починає вростати в сусідні тканини, стає малорухливою, з'являються метастази в регіонарних лімфатичних вузлах (III стадія). Бурхливе зростання пухлини супроводжується некрозами і виразками, які часто викликають кровотечі. З'являються окремі метастази. Загальний стан хворого різко погіршується, настає занепад живлення – ракова кахексія (IV стадія).

Симптоми і перебіг залежать від локалізації і стадії розвитку раку [91].

Питання про зв'язок раку з психічними і психосоціальними чинниками не нове: вже Гіппократ і Гален задавали їх. У численних психосо-

матичних дослідженнях онкологічних хворих показаний взаємозв'язок емоцій, центральної нервової та імунної систем.

У ракових хворих особливо часто виявляються:

- рання втрата поважних осіб близького оточення пацієнта;
- нездатність хворого відкрито виражати ворожі почуття;
- збереження "пуповини" з ким-небудь із батьків;
- сексуальні порушення.

Як "психологічні канцерогени" описані різні травмуючі життєві події, труднощі через втрату об'єкта і зумовлені цим страхи, порушення здібності до виразу емоцій, труднощі в подоланні конфліктів, тривало існуючий стан безнадійності, пригніченості, безнадійності і відчаю.

Багато авторів етіологічно пов'язують особистість ризику із обтяжуючими переживаннями в дитинстві (наприклад, з втратою одного з батьків) у ситуації раку молочної залози (Becker, 1979), з жорстоким дитячим досвідом холодного ставлення з боку близьких у ситуації раку легенів (Kissen, 1966).

Часто рак засвідчують те, що десь у житті людини були невирішені проблеми, які посилилися або ускладнилися через низку стресових ситуацій, що відбулися в період від півроку до півтора року до виникнення раку. Типова реакція онкологічного хворого на ці проблеми і стреси полягає у відчутті своєї безпорадності, відмови від боротьби. Ця емоційна реакція приводить в дію низку фізіологічних процесів, які пригнічують природні захисні механізми організму і створюють умови для виникнення і розвитку пухлини.

Незадовго до початку розвитку хвороби багато хто з хворих на рак втратив значущі для них емоційні зв'язки. При цьому найчастіше вони відносяться до психологічного типу, схильного пов'язувати себе з якимсь одним об'єктом або роллю (з людиною, роботою, домом), а не розвивати власну індивідуальність. Коли цим об'єкту або ролі, з якими людина себе пов'язує, починає загрожувати небезпека або вони просто зникають, такі пацієнти виявляються немов наодинці з собою, але при цьому у них немає навиків, що дають змогу справлятися з подібними ситуаціями. На основі аналізу психологічних аспектів життя більше 500 хворих LeShan (1977) виділяє в них чотири основні моменти.

1. Юність пацієнтів характеризувало почуття самотності, покинутості, відчаю. Занадто велика близькість з іншими людьми викликала у них труднощі і здавалася небезпечною.
2. У ранній період зрілості пацієнти або встановлювали глибокі, дуже значущі для них відносини з якоюсь людиною, або одержували величезне задоволення від своєї роботи. У ці відносини або роль вони вкладали всю свою енергію, це стало значенням їхнього існування, навколо цього будувалося все їх життя.
3. Потім ці відносини або роль зникли з їх життя. Причини були різні – смерть коханої людини, переїзд на нове місце проживання, вихід на пенсію, початок самостійного життя їхньої дитини тощо. В результаті знову наставав відчай, неначе недавня подія боляче зачепила рану, що не зажила з молодості.
4. Однією з головних особливостей цих хворих було те, що їхній відчай не мав виходу, вони переживали його "в собі". Вони були не здатні вилити свій біль, гнів або ворожість на інших.

Усі ці приклади допомагають виявити те загальне, що об'єднує більшість конфліктів, з якими стикаються пацієнти за декілька місяців до виникнення захворювання. Виділяють п'ять етапів розвитку психологічного процесу, що передує виникненню раку.

1. Дитячі переживання, що приводять до формування того чи іншого типу особистості.
2. Людина переживає драматичні події, що викликають у неї стрес.
3. Виниклі стресові ситуації ставлять перед людиною проблему, з якою вона не може справитися.
4. Не бачивши можливості змінити правила своєї поведінки, людина відчуває свою безпорадність і нерозв'язність ситуації, що склалася.
5. Людина відмовляється від вирішення проблеми, втрачає гнучкість, здатність змінюватися і розвиватися.

Саме втрата інтересу до життя виконує вирішальну роль в дії на імунну систему і може через зміни гормональної рівноваги привести до підвищеного виробництва атипових клітин. Цей стан створює фізичні передумови для розвитку раку.

Багато онкологічних хворих з поганим прогнозом реагують на захворювання такою сильною регресією своїх вітальних спонук, що це починає нагадувати психоз. Вони скаржаться на повну внутрішню спустошеність і ніби випаленість.

Багато хворих вважають, що в походженні раку важливу роль виконують психічні причини. Більше третини хворих на рак молочної залози разом з такими зовнішніми чинниками, як пошкодження, шкідливі впливи зовнішнього середовища, вважають причиною хвороби також психічні конфлікти і перевантаження, тоді як 30% просто розгляда-

ють цю хворобу як покарання за свої гріхи і помилки. Це пов'язано з уявленням про те, що рак – не така хвороба, як інші, що саме слово "рак" – це "метафора" для визначення злоякісного незборимого процесу і таємничої долі людини, яка включає вину і покарання. Поняття "ракова пухлина" не тільки в представленнях хворих, але і в політичній термінології означає несприятливий розвиток процесу і неприпустимі промахи.

2.11. Головний біль

Близько 70% населення страждають періодичними, і приблизно 7% – постійними головними болями. У 10% цих пацієнтів симптоматика пов'язана з іншим органічним захворюванням.

Головний біль як побічний симптом зустрічається при багатьох соматичних і психічних захворюваннях. Але він є також особливо частою формою психосоматичного розладу. Положення голови є частиною внутрішнього стану людини, що мимовільно переживається. У мовному ужитку є такі вирази, як "високо тримати голову", "покірно схиляти голову", "з холодною головою", "втратити голову", "битися головою об стіну" тощо.

Епідеміологічні дослідження показують, що майже у 90% випадків головний біль зумовлений не органічними причинами, причому особливу увагу звертають найперше на хронічні, характерні для цьоого хворого форми головного болю, що виникає в певних ситуаціях. Такого роду біль не піддається типовому симптоматичному лікуванню анальгетиками, щадним режимом і спокоєм. Часто його поява пов'язана з наявністю ситуативних труднощів або конфліктів.

Функціональні головні болі можуть виступати у формі судинних (мігрень) і болів, пов'язаних з напругою. Причина нападу мігрені – початкове спастичне звуження мозкових судин. Надалі відбувається розширення артерій з формуванням набряку, який підтримує больовий синдром протягом годин або днів. Головний біль напруги виникає унаслідок постійної напруги м'язів потилиці і плечового поясу, біль поширюється від місць кріплення м'язів по всій голові [13].

Оскільки головні болі є часто спостережуваним у клініці симптомом, вони трапляються у пацієнтів з психоемоційними проблемами. Головні болі можуть супроводжувати такі порушення.



1. Під час психосоматичних реакцій на гостру травму або гострий конфлікт.

   Короткочасні головні болі можуть замінювати образу, ворожість і гнів. Вони можуть виступати як реакція на перевтому і внутрішні або зовнішні перевантаження на фоні конфлікту, пов'язаного з визнанням власної значущості. Часто під час головних болей напруги спостерігається пускова ситуація неможливості досягнення бажаного соціального успіху.
2. У межах порушень особистісного розвитку. Тут потрібно розрізняти прості аномалії душевного розвитку, при яких конфлікти усвідомлюються, і аномалії душевного розвитку, при яких конфлікти витісняються у несвідоме.

Прикладом простої аномалії розвитку є депресія виснаження за Kielholz (1971), що виступає як наслідок тривалого емоційного навантаження і протікає, в трьох стадіях. На першій, астенічно-гіперестетичній, стадії хворі дратівливі і дуже чутливі. На другій стадії виступають психосоматичні скарги, серед яких на першому місці стоять головні болі. Лише на третій стадії виступає власне депресивна симптоматика в психічній і виснаження адренергічної нервової системи в соматичних сферах (типовий депресивний "синдром головного болю другої половини життя").

Прикладом аномалій душевного розвитку з витісненими в несвідоме конфліктами є невротичне порушення розвитку і психосоматичні захворювання у вузькому значенні. При обох формах неусвідомлюваних аномалій душевного розвитку головні болі є дуже частим симптомом.

3. Головні болі у психопатичних особистостей виступають в рамках дисфоричних станів і в обтяжуючих ситуаціях.
4. Головні болі як психосоматичні симптоми в рамках ендогенних психозів.

Сюди відносяться головні болі в рамках шизофренного кола, насамперед, симптоматичні шизофренні психози. Цим хворим часто важко вербалізувати свої відчуття, вони описують біль не як власне больовий феномен, а швидше як своєрідне відчуття, яке межує з деперсоналізацією.

Урешті, головні болі є частим психосоматичним симптомом під час депресії. Вони можуть разом з іншими соматичними скаргами домінувати так, що власне депресії розпізнаються насилу. Ці депресії тому часто описують також як приховані або масковані.

2.11.1. Головний біль напруги

Головний біль напруги виникає з невротичних причин і може бути спричинений зовнішнім та/або внутрішнім конфліктом. При цьому виявляються надмірні домагання і дуже великі очікування успіху і визнання. Вони призводять до розчарування, особливо тоді, коли затримується почуттям провини, що витікає з дитинства.

У картині особистості часто відмічається підвищене честолюбство з надмірною активністю і зазвичай дуже одноманітним життям. Прагнення до досконалості і підвищений рівень домагань також характерні для таких хворих. У них ніколи не настає повного розслаблення. Тривала напруга м'язів плечового поясу, потилиці і всієї голови є супроводжуючим проявом і виразом фрустрації, внутрішньої напруженості, що ніколи не приводить до визначеності, задоволеності і розв'язки.

Разом з цими обставинами, є й інші психодинамічні чинники. Різні вікові групи, різний рівень освіти, різні форми соціалізації і, врешті, вихідні особистісні структури – все це має значення.

Невротичні механізми можуть представляти головний чинник в етіології синдрому, так що навіть виявлення органічного ураження не завжди веде до мети. Проблема часто залишається невирішеною, що підтверджується зокрема труднощами і неоднозначними результатами лікування.

Систематичне вивчення життєвих обставин пацієнтів дає змогу встановити зв'язок між нападами головних болей і типовими епізодами, що розігруються в оточенні хворого.

Психосоматичний підхід намагається надати якесь значення симптому головного болю незалежно від його причини. Так, головний біль може означати утруднення мислення. Як під час хронічного головного болю, так і під час мігрені у хворих виявляється зазвичай рівень інтелекту вище середнього. Уявна "невротична тупість" численних хворих із звичним головним болем представляється часто не чим іншим, як результатом утруднення мислення і наслідком їх інтелектуального негативізму.

Хоча не можна говорити про власний тип особистості такого хворого, у пацієнтів з головними болями часто зустрічаються підвищені честолюбство і прагнення до домінування, схильність до перфекціонізму і, внаслідок цього, хронічні психічні перевантаження. Високий рівень до-

магань веде до конфлікту з реальними можливостями і страхами, пригнічуваною агресивністю і фрустраціями, що може знаходити вираз у фоновому стані хронічної напруженості. Стисло це можна позначити як конфлікт між бажанням і умінням хворого.

Голова в прямому і переносному значенні є "вищою" частиною тіла, в якій розташовані мозок і органи чуття. Пацієнт з головними болями знаходиться в подвійному положенні. З одного боку, він прагне серйозно і активно працювати головою, а з іншою – ця сама голова через болі являє собою перешкоду. Відбувається неусвідомлюване символічне віддзеркалення пригнічуваних відчуттів. Якщо голова людини весь час відчуває тиск (тиск діяльності), то вона "повинна" почати боліти. Крім того, головний біль є способом для розвантаження. Якщо, наприклад, гнів або розчарування виявляються в головному болі, то пацієнту і його оточуючим звичайно легше прийняти тілесну симптоматику, ніж психічну.

Часто пацієнти з головними болями – вихідці з сімей, де дуже високо цінують розум і досягнення. Батьки нерідко були самі людьми діяльними і не могли приділити своїм дітям ні достатньо тепла, ні часу, ні терпіння, відводячи мало уваги навіть власним тілу і почуттям, а також спілкуванню. Діти засвоюють концепцію, що вони живуть не за ради себе, а, найперше, для своєї раціональної діяльності. Вони все більше ідентифікуються з батьківською концепцією досягнень і звикають до тиску ззовні. Нездатні розслабитися або отримувати задоволення, вони самі тепер підставляють свою голову під цей тиск, вибираючи собі такі цілі, яких вони не в силах досягти. Відносини з іншими людьми також часто будуються залежно від того, наскільки це вигідно для роботи. У питаннях про світогляд, релігію і майбутнє постійно доводиться стикатися з песимістичними поглядами, що є наслідком "інтелектуального негативізму".

Характерними концепціями для особистостей з головними болями є: "у мене немає часу", "найперше робота", "я все зроблю сам", "я не роблю наполовину" і "потрібно ж хоч трохи думати головою".

Замкнуте життя пацієнтів з головним болем могло бути результатом їхньої хвороби: важко бути приємним у спілкуванні, коли тебе переслідують постійні головні болі. Але відсутність соціальної підтримки може і саме по собі вважатися стресовим чинником, здатним підвищувати ризик виникнення головного болю. Відчуття самотності і покинутості може не відчуватися, але бути могутнім джерелом головного болю у людей, вже схильних до нього біологічно.

Немає ніяких сумнівів, що емоційний стрес, гострий або хронічний, робить багато пацієнтів сприйнятливішими до хвороби. Стосовно деяких специфічних типів стресових чинників, що є найсильнішими збудниками головного болю, то серед них наголошуються невдалий шлюб, робота з вимогливим і суворим начальником, тривалі невдачі або нещасне життя у сім'ї. Іншими словами, ті стреси, що є хронічними або непереборними, є найбільшою небезпекою.

Також типовими для пацієнтів з головним болем є деякі особистісні риси, що підсилюють сприйняття несприятливих навколишніх чинників. У таких людей наголошуються схильність зробити все не просто добре, а найліпше, високі амбіції, сумлінність, підвищена емоційність, утруднення у двозначних ситуаціях, сильна потреба в соціальному схваленні та альтруїзм, часто супроводжуваний почуттям провини через недостатню альтруїстичність. Результатом є хронічний стрес, оскільки ці люди менш здатні захистити себе від надмірних вимог з боку інших, переживають дуже сильне почуття провини, щоб уникати обтяжливих завдань, і швидше поступляться, ніж дадуть себе залучити в неприємну конфронтацію з оточуючими.

2.11.2. Мігрень

Напади мігрені є особливою формою головних болей, що характеризується зазвичай латеральним пульсуючим болем, нудотою, блювотою, світлобоязню і супроводжуючою неврологічною симптоматикою. Хворі часто демонструють пригнічену ворожість, яка є заздрісною установкою, специфічно направленою проти інтелектуальних досягнень інших. Це має значення під час вибору органа страждання.

> Мігрень можна розуміти як "шахрайство". Вона слугує приховуванню душевних конфліктів, які хворий не "повинен" повідомляти. Напад мігрені може давати хворому елементи вторинного задоволення: він дає можливість маніпулювати сім'єю або карати навколишній світ.

Типовий пацієнт з головними болями – це обов'язкова, добросовісна, акуратна, неухильно прагнуча до досягнень і успіху людина, яка проте терпить крах, майже досягнувши своєї мети. Високу інтелектуальність пацієнтів з головними болями відзначають майже всі автори, вказуючи при цьому на слаборозвинену емоційну сферу.



2.12. Інфекційні хвороби

Інфекційні хвороби – результат взаємодії мікроорганізмів з організмом людини. Виявлення і характер перебігу інфекційної хвороби залежать від особливостей збудника хвороби, з одного боку, і стану захисних сил організму людини – з іншого.

Унаслідок цього імунну систему останнім часом визначають як зв'язуючу ланку у функціональному психосоматичному ланцюзі. Інтуїтивні знання досвідчених лікарів про те, що характер реакції на інфекцію або на перебіг інфекційного захворювання залежить також від емоційних чинників, можуть тепер спиратися на диференційовані дослідження імунної системи. Багато що з того, чого не вистачає сучасній психосоматиці в розумінні інфекційних захворювань, в патогенетичному відношенні може одержати пояснення саме під час вивчення реакції імунної системи на психічні навантаження (Cohen, Williamson 1991).

Для виникнення і перебігу інфекційних захворювань важливе те, що універсальні, загалом типові для цієї хвороби зв'язки проявляють свій специфічний зміст у кожному конкретному випадку, насамперед на фоні індивідуальної історії життя й особливостей суб'єктивних переживань пацієнта, значення і важкість яких у кожному окремому випадку повинні ретельно вивчати. Історія хвороби та історія життя людини нерозривні, хоча у кожному окремому випадку значення з чинників деколи буває важко оцінити.

2.12.1. Простуди (Застуди)

Від 25 до 40% хворих звертаються до лікарів загальної практики з приводу захворювання дихальних шляхів. До цієї групи захворювань відносять інфекції верхніх дихальних шляхів, вірусний грип і простудні захворювання, що протікають з лихоманкою, але без ускладнень. Це найчастіші захворювання, які трапляються у практиці. Вважають, що дорослі переносять простуду 2–3 рази на рік, часто з короткочасним хворобливим станом і звільненням від роботи. Головними симптомами простуди є головний біль, кашель, нежить, біль у горлі, які можуть протікати з підвищеною температурою або без неї.

Психосоціальні чинники виконують вирішальну роль протягом захворювання і його подолання. Статистика і криві захворюваності пока-

зують взаємозв'язок між психічними чинниками і розвитком та клінікою інфекційних захворювань. Невротики хворіють інфекціями верхніх дихальних шляхів у 2–3 рази частіше і хворіють ними довше, ніж населення в середньому.

Сприйнятливість людини до респіраторних вірусів залежить від її емоційного стану. Згідно Studt (1986), структура особистості визначає специфічну картину хвороби і перебіг інфекційного захворювання. Labhardt (1983) вважає, що кашель означає у переносному розумінні звільнення від нездійснених емоцій, напруги і конфліктів, які пов'язані з гнівом, агресією або страхом. Щоб зрозуміти їхнє значення, потрібна позитивна емоційна діагностика.

2.12.2. Простий герпес

Простий герпес – рецидивуюче вірусне захворювання з короткочасним первинним інфікуванням та ендогенною реінфекцією. Воно проявляється гарячковими висипаннями розміром від шпилькової голівки до сочевиці, які потім висихають і відпадають без рубцювання. Локалізуються висипання частіше у ділянці губ, носа і рота на місцях переходу шкіри в слизові оболонки. Герпес належить до найчастіших, звичайно безпечних захворювань. Водночас унаслідок достатньо важкого перебігу генітального герпесу хворі разом із соматичною симптоматикою переживають досить серйозне психічне обтяження [13].

Вірус простого герпесу має дотепер не з'ясовану здатністю переходити в латентний стан і тривалий час зберігатися в організмі свого господаря в неактивній формі. Якщо захисні сили організму знижуються під впливом соматичних або психологічних чинників, то віруси можуть поширюватись шляхом трансферу з клітини в клітину. У нормальних умовах цей процес контролюється і пригнічується організмом. Проте внутрішні і зовнішні навантаження (стреси) легко порушують цю рівновагу і тим самим можуть бути відповідальні за виникнення нового нападу хвороби.

У наш час знаходять очевидні зв'язки між психопатологічними чинниками (депресія, страх, загальний психосоматичний синдром) і частотою й важкістю скарг (болі, свербіння) – чинниками ризику, які передбачають можливість рецидиву хвороби надійніше, ніж інші показники.



Провокуючі чинники багатоманітні і можуть бути як екзогенними (сонячне або ультрафіолетове опромінювання, супровідні інфекційні захворювання, екзаменаційні навантаження, самотність), так і ендогенними (внутрішні конфлікти).

У типовій конфліктній ситуації часто помітне почуття вини, яке виникає через конфлікт у сексуальній сфері, і страх забруднення, але можуть бути і конфлікти іншого роду. Люди, схильні до рецидивів простого герпесу, часто мають й інші психосоматичні або невротичні синдроми.

2.12.3. Ангіна

Запалення мигдалин має назву тонзиліт. Найбільш поширена причина тонзиліту – гострі вірусні інфекції, які супроводжуються підвищенням температури, кашлем і нежиттю, "червоним" горлом і болем під час ковтання. Кількість організмів, здатних викликати запальний процес у мигдалинах – десятки, тому тонзиліт є частим симптомом численних інфекційних захворювань. Проте, є 2 мікроорганізми – стрептокок і стафілокок, які досить часто і особливо уражуючи мигдалини, викликають ангіну. Хвороба починається дуже швидко, з високої температури, різких болей у горлі, на поверхні мигдалин утворюються гнійники (налети). Хвороба супроводжується загальною інтоксикацією із симптомами слабкості, ознобу, пітливості, втрати апетиту, головного болю.

Біль у горлі, зумовлений запаленням мигдалин, називають ангіною (або тонзилярною ангіною) без уточнення мікроорганізмів, що його спричинили; або правдиву ангіну називають ще стрептококовою.

Оскільки більшість збудників ангіни виявляється у глотці і у здорових людей, вважається, що лише дія додаткових шкідливих чинників викликає ангіну. Беруть до уваги також зміни імунітету, наприклад, унаслідок вірусних захворювань, фізичних і психічних стресових ситуацій і конфліктів. З огляду на частоту ангін, можна було б вважати їхній збіг з життєвими кризами випадковим. Проте досвідчені інфекціоністи називають серед провокуючих чинників також і психогенні.

Мигдалини як частина лімфатичного глоткового кільця відносять до імунної системи організму. Щодо мигдалин, то особливо важливо, що вони як частина лімфатичної системи, особливо розвиненої в дитинстві, в пубертатному періоді піддаються зворотному розвитку. Тому, зміни і

більш-менш благополучний перехід від дитинства і юності до зрілості відбуваються в соматичній сфері. Клінічні спостереження підтверджують схильність до почастішання ангін у підлітковому і юнацькому віці, коли настають кризи в переобтяженій конфліктами сексуальній сфері.

Про те, що хвороба як раптовий критичний прорив може бути не лише ураженням, але і проявом зміни, нової ситуації, засвідчує саме ангіна. Психоаналітики, у тім числі і Фрейд, відзначали у багатьох невротиків наявність імунітету відносно інфекційних захворювань. Унаслідок розпаду невротичного захисту під час сеансу психоаналізу спостерігається "готовність до соматичних захворювань". Так, Weizsacker (1949) описав хворого з невротичною симптоматикою, у якого не лише розвинулася ангіна під час аналітичного лікування на фоні зникнення невротичних симптомів, але і виникла нова життєва ситуація після подолання цього соматичного захворювання й одужання.

2.12.4. Туберкульоз

Основний патологічний процес туберкульозу – запалення, викликане потраплянням в організм збудників захворювання – мікобактерій туберкульозу, яке полягає в утворенні туберкульозної гранулеми, або горбика (інфільтрату). Туберкульоз вражає здебільшого легені, але може уразити майже будь-який орган. За локалізацією розрізняють легеневий та позалегеневий туберкульоз (кістково-суглобовий, туберкульоз сечостатевих органів, очей, мозкових оболонок (менінгіт), лімфатичних вузлів, очеревини, шкіри, а також перикарду, наднирників, кишечнику тощо) [91].

Незалежно від місця ураження цикл запалення всюди однаковий: вогнище (гранулема) – розплавлення його (казеоз) – утворення порожнини розпаду (каверна) – виникнення під час санування фіброзу (склерування). Початкові прояви захворювання при мінімальних ураженнях дають картину інтоксикації організму. У міру поширення процесу його симптоматика залежить від порушень, властивих ураженому органу [91].

Найбільш характерна різного роду лихоманка. Одночасно з підвищенням температури, а деколи і передуючи їй, – дратівливість, або навпаки, апатія; безсоння або сонливість; плаксивість або ейфорія (піднесений настрій). Часті пітливість, особливо вночі або під ранок, прискорене серцебиття, поганий апетит, нудота, головний біль. Ці ознаки виражені

значно у спалаху процесу, коли ж він затихає, – то означає нечіткі або відсутні зовсім, створюючи ілюзію благополуччя. Майже 1/3 хворих на ранні форми туберкульозу легенів відчувають себе здоровими, і лише ретельне обстеження виявляє наявну патологію. Кашель – сухий або з виділенням мокроти [91].

Разом із збудником у патогенезі захворювання відіграє роль певних біологічних чинників, зокрема загальна резистентність, вік, спадковість, психічні чинники, так що або незабаром відбувається придушення первинної інфекції, або інфікування мікобактеріями туберкульозу приводить до розвитку хвороби.

Старі вогнища первинного захворювання через багато років латентного стану можуть активізуватися, і після стадії раннього інфільтрату розвивається хронічний туберкульоз. У розвитку хвороби мають значення гормональні (пубертат, вагітність), психосоматичні констеляції і вікове зниження толерантності.

Майже кожен дорослий піддавався контакту з бацилами туберкульозу. Клінічно хворіє лише незначна частина інфікованих патогенним збудником. Щодо опірності організму, то є тісний зв'язок між параметрами особистості і стресом, з одного боку, і реакцією імунної системи – з іншого.

Під час туберкульозу існує очевидна невідповідність між інфекцією і маніфестним захворюванням. Постійні напруги і конфлікти, виснажливі розчарування, тривалий страх або постійні розбрати можуть вплинути на виникнення захворювання [13].

Часто хвороба представляє еквівалент життєво важливого рішення. Одужання настає, коли ситуація вирішується ззовні, через що внутрішнє рішення захворіти стає зайвим.

Особистість хворого на туберкульоз не відповідає якомусь єдиному типу, проте вона має одну загальну ознаку: велику вразливість до всякого відняття любові, потреба залишитися поблизу матері, у вузькій зоні безпеки, в центрі якої знаходиться мати. Є тип, який відкрито проявляє свою потребу в любові; інші ж хочуть за будь-яку ціну позбутися цієї пасивної безпеки, в якій вони мають таку ж боязливу потребу. У більшості туберкульозних хворих відмічається надзвичайна потреба в симпатії.

Сприймана зі страхом близькість із статевим партнером, амбівалентні зв'язки, які можуть викликати криз, зустрічаються в преморбідному періоді у багатьох молодих людей і виявляються в анамнезі при первинному захворюванні. Це, по суті, повсякденні навантаження, які,

проте, суб'єктивно можуть сприйматися як душевні катастрофи. Питання, в чому та або інша людина найбільш ранима, що приводить до порушення рівноваги, в чому її ахіллесова п'ята, може бути вирішене лише з огляду на аналіз її переживань. Проте така або схожа ситуація може приводити до рецидивів.

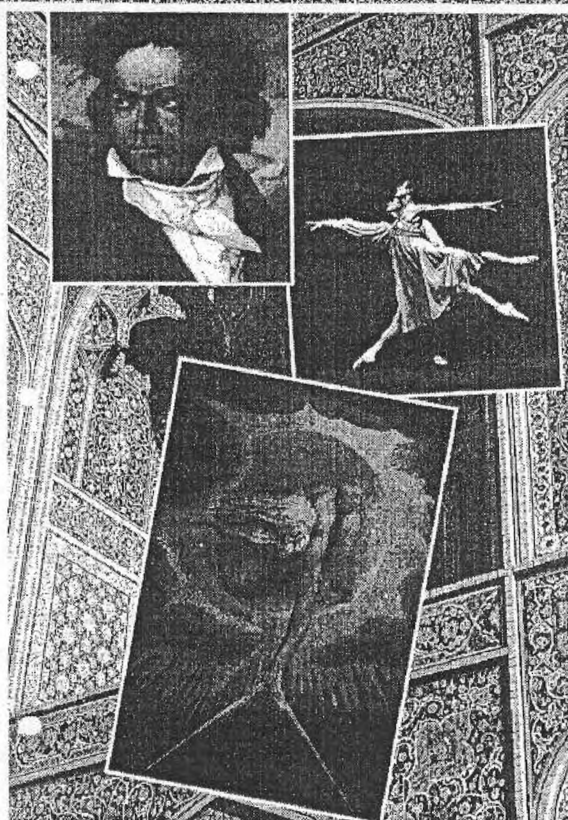
Наступна область перевантажень і конфліктів, передуючих легеневому туберкульозу, відноситься до сфери професійних стосунків. Йдеться про банальні професійні перевантаження, (наприклад, атестація, спроба домогтися самостійності або підвищення по службі, перехід на іншу роботу). Так само для сприйнятливих людей патогенною може виявитися зустріч із смертю, особливо при втраті близької людини.

Особистість хворого характеризується підвищеною чутливістю у сфері міжособистісних відносин, лабільністю самооцінки. Ці особливості описані як шизоїдна невротична структура.

У випадку туберкульозу більшою мірою, ніж під час багатьох інших психосоматичних захворювань, до початку ери антибіотиків зустрічалися вторинні, пов'язані з хворобою впливи на особистість хворого. Ці впливи були спричинені хронічним перебігом хвороби, частим смертельним результатом. Хвороба призводила до професійних і життєвих труднощів, пов'язаних з багатомісячним або навіть багаторічним перебуванням у лікарні. Описувані раніше в художній літературі образи туберкульозних хворих здебільшого визначалися саме цими особистісними змінами. Ейфорія, підвищена любов до життя, гіперсексуальні фантазії – плоди такого розвитку, які дозрівають саме в подібній винятковій ситуації.

Розділ 3

Основи психотерапії при психосоматичних та соматопсихічних порушеннях



Фон: Picturepoint
Зверху: Beethovenhaus, Bonn
В центрі: Anthony Crickmay
Внизу: Fotomax Index

3.1. Загальні питання психотерапії психосоматичних хворих

У психології найчастіше акцентують увагу на семи основних джерелах психосоматичних захворювань.

Перше джерело – це внутрішній конфлікт, конфлікт частин особистості, свідомого і несвідомого в людині, єдиноборство між якими приводить до руйнівної "перемоги" одної з них над іншою. Наприклад, у разі переїдання можна виділити дві різні частини особистості, які формують різні моделі поведінки. Частина перша ніби говорить: "Я хочу себе утішити, заколисати їжею, забути всі ці неприємні переживання". Друга частина "закликає": "Негайно припини їсти, подивися, на кого ти схожа, на що перетворилося твоє тіло". Обидві ці частини, як чаші ваги, домінують поперемінно, конфліктуючи між собою. Задача психотерапії в цьому випадку полягає в тому, щоб примирити обидві частини. Пригнічуючи то одну частину, то іншу, захворювання не усунути.

Друга причина називається мотивацією, або умовною вигодою. Часто симптом несе умовну вигоду для пацієнта. Наприклад, позбавлення від мігрені може "розплющити очі" на багато проблем, які "заважає бачити" головний біль, і тоді пацієнт опиниться перед необхідністю їхнього вирішення.

Наступне можливе джерело емоційно зумовлених захворювань – ефект навіювання іншою особою. Відомо, що коли дитині в дитинстві часто повторювати "дурка, дурень, бовдур, жаднюга" і т. п., то дуже часто діти починають демонструвати поведінку, відповідну навіяній, яка автоматично переходить в доросле життя, навіть якщо потім і раціонально переробляється.

Четверте джерело – це "елементи органічної мови". Хвороба може бути фізичним втіленням фрази. Наприклад, слова "у мене серце за нього болить", "я від цього божеволію" можуть перетворитися на реальні симптоми.



Наступне, п'яте джерело – ідентифікація, спроба бути схожим на когось, на ідеал. Але, постійно імітуючи іншого, людина ніби відсторонюється від власного тіла. Живучи весь час в іншій "аурі", вона врешті-решт починає від цього страждати.

Шосте джерело можна назвати самопокаранням. Якщо людина скоює непристойний зі свого погляду вчинок, вона іноді несвідомо карає себе. Наприклад, дитині вселяли, що потрібно поважати своїх батьків і робити тільки так, як вони вважають потрібним. Коли ж вона вирішує вчиняти по-своєму, то скоює непристойний вчинок з погляду її вихователів, і тоді з'являється почуття провини, а вина шукає покарання. Самопокарання – дуже поширена причина багатьох травм і соматичних порушень.

Остання, найсерйозніша і найглибша причина – хворобливий, травматичний досвід минулого. Здебільшого, це психічні травми раннього періоду дитинства.

Звичайно люди прагнуть до припинення поганих взаємостосунків. Психосоматичний пацієнт протягом років може терпіти відносини, які не тільки не приносять задоволення, але виснажують і руйнують його особистість. Толерантність до несприятливих взаємостосунків і природу психосоматичних симптомів можна пояснити придушенням ворожості, агресивності, злості. Якщо зазвичай розлюченість спонукає людей до припинення відносин, то психосоматична особистість пригнічує злість і продовжує відносини. Зовні така людина навіть не здається страждаючою, проте психотерапевт може з повною очевидністю переконатися у стражданні її тіла. Незрозуміло, чому відбувається придушення злості, але відомо, що психосоматичні пацієнти дуже чутливі до будь-яких проявів озлобленості в собі та інших.

Найважливіше завдання психотерапевта в бесіді з психосоматичним хворим – допомогти йому виявити, хоча б частково, приховану розлюченість. Психотерапевт повинен не тільки допомогти пацієнту усвідомити свою розлюченість, але і вказати, як вона позначається на поведінці. Одні психосоматичні пацієнти милі і приємні, зі всім погоджуються, і важко повірити в їхню ворожість. Інші не здатні відчути, та і не відчувають недоброзичливості навколо себе. У разі виникнення хоча б найменшої суперечки вони відступають. Якщо не можуть уникнути ситуації, вдаються до раціоналізації і говорять собі, що ті, які

сперечаються жартують. Інші схильні виражати свою злість, проте змінюють її справжній об'єкт.

Бесіда з психосоматичним пацієнтом про злість зазвичай важка і не завжди успішна, хоча дає змогу показати пацієнту, яка його життєва ситуація, як він пригнічує свою ворожість і як це пов'язано з його соматичними симптомами. Психотерапевт повинен не тільки допомогти пацієнту розпізнати в собі злість, але і спонукати його до відреаговування в процесі терапії. Тому не дивно, якщо у разі успішної роботи замість дійсного об'єкта ворожості пацієнта тимчасово стає психотерапевт.

Ще одна важлива причина трудності консультування психосоматичної особистості полягає в її "емоційній безграмотності", нездатності вербалізувати свої внутрішні переживання, нестачі символічного мислення. Риси алекситимічної (психосоматичної) особистості слугують серйозною перешкодою в консультуванні і психотерапії. Найбільше психотерапевта фруструє відмова цих пацієнтів пов'язувати свої соматичні скарги з конфліктами в емоційній сфері, хоча часто психологічний контекст скарг очевидний. Дуже важко допомогти людині психологічними методами, коли вона свої емоційні проблеми розуміє як соматичні. Такий пацієнт говорить про різноманітні болі, багато мовчить, не проявляє ніякої мотивації до співпраці, явно орієнтований на медикаментозне лікування, постійно примушує психотерапевта до ініціативи. Монотонний, емоційно безбарвний стиль пацієнта викликає у психотерапевта роздратування, бо він відчуває себе загнаним у кут. Спроба активно залучити пацієнта в емоційні відносини тільки збільшує у того тривожність через невміння вербалізувати почуття. Відповідний сплеск фізіологічних реакцій дає змогу пацієнту ще більше скаржитися на соматичне нездужання.

Якщо пацієнт – яскравий алекситимік, застосовують техніку, направлену не на конфронтацію, а на підтримку. Пацієнта також слід готувати до вербалізації своїх переживань. Для цього можна використовувати приклади емоційних слів і фантазій, аналіз різних емоційних ситуацій, переклад висновків пацієнта на диференційовану мову емоцій. Хоча така підготовка далеко не у всіх випадках буває ефективною, вона певною мірою допомагає усвідомити емоційні проблеми і вербалізувати їх.

Отже, специфічність психосоматозів полягає у тому, що душевне неблагополуччя як першопричина серйозної фізичної недуги в цих випадках приховане, замасковане для самого хворого. Тому психологічна корекція неусвідомлюваної душевної причини тілесного страждання

вимагає від фахівця-психотерапевта і психолога особливого підходу, модифікації традиційної психотерапевтичної допомоги. Оскільки соматизація психологічного конфлікту пов'язана з роботою механізму психологічного захисту, з витісненням із свідомості, придушенням істинних, психологічних за своєю природою, причин захворювання, то пацієнти не просто не розуміють психогенну природу своєї хвороби, але і вимушені несвідомо зберігати симптом (феномен умовної бажаності хвороби).

Вживані в психосоматичній медицині методи психотерапії можна розбити на дві групи: глибинно-психологічні методи і методи, орієнтовані на симптом і модифікацію поведінки. На практиці вони можуть комбінуватися.

Глибинно-психологічні методи мають своєю за мету розкриття психологічного конфлікту, який стоїть за психосоматичними симптомами, перебудову особистості та її відносин з навколишнім світом. Важливо мати на увазі, що усунення симптомів не є первинною метою глибинно-психологічних методів терапії – симптоми слабшають і зникають у міру того, як досягаються названі вище цілі. До цієї групи відноситься психоаналіз, різні напрями психодинамічної психотерапії, екзистенціально-гуманістичні методи (гештальт-терапія, психодрама тощо). Необхідними умовами застосування цих підходів є здатність пацієнта до саморефлексії і наявність достатнього часу для проведення курсу психотерапії. Використовуються як індивідуальні, так і групові форми глибинно-психологічної терапії.

Методи, направлені на розкриття симптоматики, не застосовують в гострій стадії захворювання, оскільки це може привести до обтяження стану. Класичний психоаналітичний метод має обмеження під час застосування в психосоматичній практиці через слабкість Я психосоматичних пацієнтів та їхньої низької толерантності до фрустрації. До методів, орієнтованих на симптом і модифікацію поведінки, можна віднести когнітивно-поведінкову психотерапію, а також гіпнотерапію та інші сугестії й ауто-сугестивні методи.

Крім того, при психосоматичних захворюваннях використовують різні види невербальної і напіввербальної психотерапії (тілесно-орієнтована терапія, дихальна гімнастика, вправи на м'язову релаксацію, музична терапія, танцювальна терапія, символдрама).

Психологічна робота, направлена на корекцію психосоматичних порушень і, насамперед, алекситимічних рис, може бути представлена у вигляді трьох послідовних рівнів: 1) релаксація і дидактична спрямо-

ваність; 2) опора на невербальні способи спілкування; 3) "внутрішній діалог". Релаксація є основою для використовування всіх прийомів подолання алекситимії. Дидактична спрямованість має на своїй меті фіксацію пацієнта на сьогохвилинних переживаннях ситуації "тут і тепер". Опора на невербальні способи спілкування припускає широке використовування психогімнастичних і психопантомімічних прийомів і методик, які сприяють зняттю напруги і спонтанному вираженню емоцій на невербальному рівні.

Різні невербальні техніки створюють основу, свого роду "банк переживань", який надалі використовується для тренінгу розпізнавання різних емоційних станів (як власних, так і інших людей) та їхньої адекватної вербалізації. Для розвитку внутрішнього діалогу, який також сприяє зануренню пацієнта в світ власних емоцій, можуть бути використані найрізноманітніші прийоми, зокрема, запозичені в гештальт-терапії:

1. Встановлення психологічного контракту.

З'ясування концепції хвороби пацієнта та його уявлень про власну здатність впливати на симптоми.

Бесіда (у формі раціональної психотерапії) про психологічні чинники ризику хвороби і суті психологічного лікування: доступне, метафоричне пояснення патогенезу захворювання пацієнта, вплив психічного стану на виникнення симптоматики, а також про саногенні можливості образного мислення.

Встановлення психологічного контракту: з'ясування цілей пацієнта і у разі готовності пацієнта – обговорення проблеми хвороби в світоглядному аспекті.

2. Психокоректувальна робота.

З'ясування образного уявлення симптому, хвороби (у разі труднощів образного моделювання – вправи з формування нейтральних образів).

З'ясування образного уявлення бажаного стану, результату терапії.

Екологічна перевірка: з'ясування обмежуючих чинників, обставин, що роблять видужання, зникнення симптому небажаним (опрацьовування умовної бажаності хвороби).

Опрацьовування варіантів переходу від нинішнього стану до бажаного, вибір оптимального образного уявлення процесу видужання.

Навчання пацієнта релаксації. Самостійна робота пацієнта із саногенної візуалізації.

Зворотний зв'язок: контроль візуалізації пацієнта через декілька днів з метою корекції (використовування самозвіту або малюнків).

На першому етапі можливе використовування таких психодіагностичних методик: шкала соціальної адаптації Холмса і Рея; визначення рівня алекситимії; тест на інтенсивність соматичних скарг; тест Розенцвейга; тест на домінуючу стратегію психологічного захисту, тест на домінуючу стратегію копінг-поведінки тощо.

Психологічне опрацьовування основних психологічних патогенних особистісних конфліктів (методи інтеграційної психотерапії і психокорекції) проводиться тільки у разі готовності та особистого запиту пацієнта.

У бесіді з психосоматичним хворим психотерапевт нерідко натрапляє на жорсткий опір спробам ретельного уточнення історії життя і хвороби. Це пояснюється кількома причинами:

1. Затверджена, "вивчена" соматична інтерпретація хвороби. Провідна роль соматичних причин не тільки більш прийнятна для пацієнта, але і глибоко вкорінена в громадській свідомості під впливом медичних установок.
2. Психічна хвороба привносить почуття відповідальності перед самим собою, іноді стигматизацію, соматична хвороба – навпаки, почуття полегшення. Багато хворих переживають таке почуття, коли дізнаються про органічну природу їхнього захворювання, хоча нерідко це означає важчий прогноз. Передбачається цілеспрямована допомога, яку надасть лікар, а власні переживання і поведінка хворого не беруться до уваги, хворому не дають ніяких рекомендацій на кшталт: "Ви повинні змінити свій стиль життя".
3. Можна уявити собі психосоматичну хворобу як особливу форму усунення душевного конфлікту, яке з раннього дитинства заміщає собою інше, можливо мовне, усунення конфлікту. Якщо під час групової терапії психосоматичні хворі перебувають разом з невротиками, то звертають на себе увагу серйозні труднощі, що виникають у психосоматичних хворих. Вони неохоче розкривають свої почуття, здаються відчуженими, у них слабо розвинена фантазія. Такі хворі нечітко усвідомлюють свої почуття, побоювання, бажання і навряд чи можуть описати їх словами. Під час критичних станів словесні реакції у них заміщаються діями: хворі ажітовані, втікають, нападають, уникають реальних оцінок ситуації, посилаються на якісь зовнішні обставини, на думки і поведінку інших людей, виправдовуючи цим свою поведінку. Можна говорити про "емоційну безграмотність" психосоматичних хворих, їхню емоційну неосвіченість.

3.2. Внутрішня картина хвороби

Поняття "внутрішня картина хвороби" (ВКХ) – виникаючий у хворого цілісний образ свого захворювання – введено Р. А. Лурія (1977). Порівняно з низкою схожих термінів медичної психології ("аутопластична картина захворювання" за А. Г. Гольдшейдером, "концепція хвороби" за С. С. Лібіхом, "усвідомлення хвороби" за Є. К. Краснушкіним і Л. Л. Рохліним, "реакція на захворювання за Н. Д. Лакосиною та Г. К. Ушаковим, "ставлення до хвороби" В. Н. Мясіщева "переживання хвороби" тощо), термін "ВКХ" є найбільш загальним та інтеграційним.

Перше уявлення про структуру ВКХ, що включала два рівні (сенситивний та інтелектуальний), надалі було диференційовано шляхом виділення чотирьох рівнів:

1) чуттєвий (сенситивний) – комплекс хворобливих симптомів, локальні болі та розлади, їхні суб'єктивні відчуття хворим;
2) емоційний – переживання захворювання та його наслідків, сума ставлень хворого до себе, до оточення, до хвороби, майбутнього тощо;
3) інтелектуальний (раціональний) – знання про хворобу та її реальна оцінка;
4) мотиваційний (вольовий) – вироблення певного ставлення до захворювання, зміна способу життя та актуалізація діяльності, спрямованої на одужання, пов'язаний зі свідомими діями, спрямованими на подолання хвороби.

ВКХ виступає як цілісне, нерозчленоване утворення. На її формування впливають такі чинники, як характер захворювання (його гострота і перебіг), причини захворювання (сам хворий, недбалість лікарів і медперсоналу, інші люди тощо), особливості преморбідної особистості (до захворювання): вік, стать, особливості темпераменту та характеру, інтелект, звички тощо. Велике значення мають також соціальний статус особистості хворого, його роль у сімейних та службових відносинах, ступінь його працездатності, суспільне положення, ціннісні орієнтації, вимушене хворобою обмеження поведінки, звуження інтерперсональних зв'язків, зниження життєвої перспективи тощо, можуть створювати додаткові (крім самої хвороби) стресові ситуації, які накладають свій відбиток на структуру психологічних перебудов особистості хворого, що беруть до уваги під час його реабілітації. Зниження соціального поло-



ження може стати потужним психологічним фактором, який створює небажані перебудови у структурі ВКХ, зокрема невротичного генезису, які можуть у подальшому фіксуватися.

Для дослідження ВКХ використовують метод клінічної бесіди, опитувальники, анкети, інтерв'ю.

Залежно від особливостей особистості хворого виділяють п'ять типів ставлення до хвороби: астено-депресивний, психастенічний, іпохондричний, істеричний та ейфорично-анозогностичний (Л.Л. Рохлін, 1975). Пропонуємо класифікацію за рівнями активності особистості в її протидії захворюванню або його посилюванні: варіанти ставлення до хвороби поділяють на пасивно-страждальне, активно-позитивне, або "втеча в хворобу", заперечення наявності захворювання, спокійно-вичікувальне ставлення, активну протидію недузі (Рейнвальд, 1978).

Найдокладніша класифікація відношень до хвороби (А.Е. Лічко, Н.Я. Іванов, 1980) відома через широко відому методику психологічної діагностики типів ставлення до хвороби – ООБІ – "Особистісний опитувальник Бехтєревського інституту" або "Тип ставлення до хвороби"). Перелік і характеристика типів ставлення до хвороби наведена в описанні опитувальника ООБІ у розділі "Психологічний практикум".

Можливий розгляд особистісних реакцій на хворобу як різні види психологічних захистів. Таке розуміння реакції на хворобу характерне, насамперед, для прихильників психоаналітичної концепції. На сьогодні визнається залежність типів реакції на хворобу від особливостей функціонування Его. Психологічні захисти можуть бути нормальними або, у разі їхнього значного виявлення, патологічними (див. табл. 1).

Таблиця 1

Типи психологічного захисту

Тип захисту	Варіант норми	Варіант патології
Заперечення	Свідоме придушення неприємних думок. Забезпечує оптимістичний погляд на майбутнє, оберігаючи психіку від дистресу	Психопатологічне спотворення дійсності
Регресія	Трохи більша, ніж звичайно, зайнятість собою	Функціонування особистості на нижчому рівні, ніж до хвороби. Дитячість поведінки, зростання залежності від інших людей, вимога підвищеної уваги до себе

Закінчення табл. 1

Тривога	Передчуття можливої небезпеки, яке готує хворого до можливої втрати (комфорту, частини тіла або функції, звичайних до хвороби міжособистісних відносин)	Нез'ясоване почуття провини, надмірна самокритичність, активізація тривожних фантазій
Печаль	Почуття втрати (здоров'я, частини тіла або функції). Зосередженість на втраченому, знижений настрій, потреба в роботі, не зважаючи на втрату. Триває недовго	Депресія, тривалі спади настрою, розлад вегетативних функцій (сну, апетиту тощо)

Під час психосоматичних захворювань найчастіші форми психологічного захисту – ейфорично-анозогностична поведінка, що характеризується запереченням важкості хвороби і неуважністю до свого стану, істерична поведінка, що характеризується агравацiйними тенденціями та егоцентризмом. Під час соматичних захворювань особливо часто зустрічається такий вид психологічного захисту, як заперечення.

Когнітивний аспект ВКХ під час психосоматичних захворювань характеризується поняттям особистісного значення хвороби, яке є одним із компонентів психосоціальної реакції на захворювання, разом з емоційною реакцією і способом адаптації до хвороби. Існують різні класифікації особистісних значень хвороби. Наведемо тут одну з найбільш розроблених типологій, згідно з якою хвороба може сприйматися як:

1) перешкода, яку треба подолати (наприклад, втрата роботи);
2) ворог, що загрожує цілісності особистості;
3) покарання за минулі гріхи;
4) прояв вродженої слабкості організму;
5) полегшення (може вітатися, оскільки дозволяє втекти від соціальних вимог, відповідальності; наприклад, хвороба, що визволяє юнака від військового обов'язку);
6) стратегія пристосування до вимог життя (наприклад, використовування хвороби для отримання грошової компенсації);
7) безповоротна втрата, збиток (наприклад, підліток з діабетом може вважати усе життя зіпсованим);
8) позитивна цінність, що допомагає особистості знайти більш піднесений сенс життя або краще розуміння мистецтва.

Згодом типи значень хвороби звелися до чотирьох головних: виклик (загроза), втрата, полегшення і покарання. За схожою класифікацією залежно від досвіду, знань, ціннісних орієнтації, потреб хвороба може виступати як ворог, змагання, втрата, штраф, виграш, доля.



Тип особистості допомагає зрозуміти, чим є хвороба для конкретного хворого. Наприклад, серед усього різноманіття особистісних типів стосовно психосоматики виділяють десять:

1) залежні, вимагачі;
2) контролюючі, схильні до порядку (обсесивно-компульсивні);
3) емоційні (актори), ті що драматизують;
4) довгостраждальці, приносять себе в жертву;
5) підозрілі, що вживають заходи обережності (параноїяльні);
6) "кращі" і "особливі" (нарцисичні);
7) відчужені, прагнучі до самоти, холодні, байдужі (шизоїдні);
8) імпульсивні з тенденцією до негайного здійснення дії;
9) особистості з настроєм, що "коливається" (циклотимічні);
10) особи з хронічними порушеннями пам'яті і сплутаністю свідомості (з хронічним мозковим синдромом).

З розвитком медичної соціології пов'язане виникнення концепції "ролі хворого". Людина в ролі хворого займає в суспільстві особливе положення. У нього є обов'язки: очікується, що хворий хоче видужати і тому повинен шукати допомоги, допомагати лікарю в своєму одужанні. Є й особливі права: він звільнений від звичайних громадських обов'язків, наприклад, від відвідування роботи або навчання; про нього піклуються інші.

Конфлікти з суспільством вирішуються "роллю хворого". Це відбувається несвідомо, тому пропонується психосоматичні симптоми розглядати у низці неврозів. Декому нелегко прийняти такий тип залежності, інші легко освоюються з ним. Тут мають значення властивості особистості. Так, наприклад, операція сама по собі не позбавляє хворих від колишнього страху справити несприятливе враження на оточуючих, обтяжити сім'ю. Проте, на вихід з "ролі хворого" після операції на відкритому серці не впливає складність операції, важкість стану: має значення лише схильність особистості до прийняття ролі хворого. Особистості, що стійкіші до входження в цю роль, легше і виходять з неї після операції.

Існує також поняття "поведінка хворого", запропоноване для опису різних типів поведінки, що виникає у людей унаслідок сприйняття і оцінки симптомів. Часто важко відмежувати істинні ознаки хвороби від індикаторів "поведінки хворого".

Велику роль у формуванні ВКХ відіграє тип емоційних відносин хворого до своєї хвороби, її проявів, прогнозу тощо. Існують різні типи подібних відносин.

Гіпонозогностичний тип – хворі ігнорують свою хворобу, зневажливо відносяться до лікування. Хворий може все знати про свою хворобу, про її серйозний прогноз, але це не викликає у нього емоцій тривоги і занепокоєння. У таких хворих іноді легко утворюється неадекватна (завищена) модель очікуваних результатів лікування і "понадміру оптимальна" модель отриманих результатів лікування.

Гіпернозогностичний тип – у хворого є перебільшено яскраве емоційне забарвлення переживань, пов'язаних з хворобою, при цьому формується занижена модель очікуваних результатів лікування.

Прагматичний тип емоційних відносин до хвороби: хворий знаходиться в діловому контакті з лікарями, прагне до реальної оцінки хвороби і прогнозу, надає увагу оптимальній організації лікувальних і профілактичних заходів.

Як свідчать клінічні факти і результати досліджень, структура внутрішньої картини хвороби може бути різною у хворих з різними захворюваннями, а також залежить від преморбідних особливостей особистості.

Спостерігається певна динаміка ВКХ з різним співвідношенням її елементів на різних етапах захворювання. При деяких захворюваннях переважаючі спочатку чуттєві елементи ВКХ можуть повністю зникати. Їхнє місце можуть займати результати розсудливої переробки хворим факту захворювання і емоційна оцінка хвороби. Різна за структурою і динамікою ВКХ створює специфічні і надзвичайно важливі умови розвитку перебудови особистості хворого. Психологічний аналіз мотиваційної сфери хворих показує, що зміна ВКХ може сприяти виникненню нової провідної діяльності у хворих, в рамках якої і відбувається формування патологічних рис особистості.

3.3. Психогенні реакції при соматичних захворюваннях

Сучасні уявлення про суть концепції хвороби припускають облік усієї сукупності змін, що торкаються як біологічного рівня порушень (соматичні симптоми і синдроми), так і соціального рівня функціонування пацієнта зі зміною ролевих позицій, цінностей, інтересів, кола спілкування, з переходом у принципово нову соціальну ситуацію зі своїми специфічними заборонами, розпорядженнями та обмеженнями.



Вплив соматичного стану на психіку може бути як саногенним, так і патогенним. Під останнім маються на увазі порушення психічної діяльності в умовах соматичної хвороби.

Існують два види патогенного впливу соматичної хвороби на психіку людини: соматогенний (унаслідок інтоксикації, гіпоксії та інших дій на центральну нервову систему) і психогенний, пов'язаний з психологічною реакцією особистості на захворювання і його можливі наслідки. Соматогенний і психогенний компоненти представлені у впливі на психічну сферу в різних співвідношеннях, залежно від нозології хвороби. Так, наприклад, особливо велику роль виконують соматогенні впливи в генезі психічних порушень у разі захворювання нирок, унаслідок вроджених вад серця.

У хворих з хронічною нирковою недостатністю відзначають явища інтоксикації. На фоні інтоксикації розвивається астенія. Унаслідок наростаючої астенії виникають зміни насамперед у структурі таких пізнавальних процесів, як пам'ять і увага – передумов інтелекту. Відбувається звуження обсягу уваги, порушення процесів відтворення і зберігання інформації. У міру наростання астенії до порушень процесів уваги і пам'яті приєднуються й інші зміни інтелектуальної сфери: знижується рівень аналітико-синтетичної діяльності мислення з переважанням наочно-образного мислення над абстрактно-логічним. Розумова діяльність набуває рис конкретності і ситуативності. Поступово формується інтелектуальна недостатність, знижується продуктивність мислення. Зміни в пізнавальній сфері хворих з хронічною нирковою недостатністю нерозривно пов'язані зі змінами емоційності. У структурі астенії спостерігається дратівливість зі зниженням контролю над емоційними реакціями. Депресія є психологічною реакцією на усвідомлення і переживання хворим інтелектуальної неспроможності, що формується (особливо на пізніх етапах захворювання). Можуть розвиватися тривожні та іпохондричні риси.

Вимушена відмова від звичної професійної діяльності, необхідність у зміні професії через захворювання або перехід на інвалідність, перетворення в об'єкт сімейної опіки, ізоляція від звичного соціального оточення (унаслідок тривалого стаціонарного лікування) – усе це значною мірою впливає на особистість хворого, у якого з'являються риси егоцентризму, підвищеної вимогливості, образливості.

Важке хронічне соматичне захворювання суттєво змінює всю соціальну ситуацію розвитку людини. Воно змінює його можливості у здійсненні різних видів діяльності, веде до обмеження кола контактів

із навколишніми людьми, приводить до зміни місця, займаного ним у житті. Унаслідок цього спостерігається зниження вольової активності, обмеження кола інтересів, млявість, апатичність, порушення цілеспрямованої діяльності з падінням працездатності, збідненням і зубожінням усього психічного вигляду.

Відзначається ще один важливий механізм співвідношень між психічним і соматичним рівнями функціонування людини – механізм "замкнутого кола". Він полягає у тому, що порушення, яке виникає первинно у соматичній сфері, викликає психопатологічні реакції, що дезорганізують особистість, і є причиною подальших соматичних порушень. Так, по "замкнутому колу", розгортається цілісна картина захворювання.

Найяскравішим прикладом механізму "замкнутого кола" є реакція на біль, що часто трапляється у клініці внутрішніх хвороб. Під впливом болю і хронічного фізичного дискомфорту у пацієнтів з важкими соматичними розладами розвиваються різноманітні емоційні порушення. Тривалі афективні стани змінюють параметри фізіологічних процесів, переводячи організм в інший режим функціонування, пов'язаний з напругою адаптивних систем. Хронічна напруга адаптивних і компенсаторних механізмів врешті-решт може приводити до формування вторинних соматичних порушень.

Для позначення ситуації, коли періодична актуалізація психологічних проблем і пов'язаних з ними тривалих або інтенсивних емоційних переживань приводить до соматичної декомпенсації, загострення хронічного соматичного захворювання або формування нових соматичних симптомів, пропонують поняття "психосоматичного циклу".

На відміну від гострої патології, у разі якої успішне лікування приводить до повного відновлення стану здоров'я до такого, як до хвороби, хронічні захворювання характеризуються тривалими патологічними процесами без чітко обкреслених меж. Пацієнт ніколи не стає знову повністю здоровим, він постійно, тобто хронічно, хворий. Він має бути готовим до подальшого погіршення свого самопочуття, зниження працездатності, змиритися з фактом, що він ніколи не зможе робити все, що хочеться, як раніше.

Через ці обмеження людина нерідко опиняється в суперечності з тим, що чекає від себе сама, і з тим, що чекають від неї інші. Хронічному хворому через психосоціальні наслідки його функціональних обмежень (реакція сім'ї, зменшення соціальної сфери активності, зменшення про-



фесійної працездатності тощо) загрожує перетворення в "неповноцінну" людину, в інваліда.

У протидії хронічному захворюванню існують дві стратегії поведінки – пасивна та активна. Хворий повинен усвідомити загальну зміну життєвої обстановки і спробувати активно подолати перешкоди за допомогою нового, пристосованого до захворювання способу життя. Вимогу "жити разом з хворобою" легше декларувати, ніж виконувати, і це призводить до того, що багато людей реагують на зміни свого функціонування, викликаного хворобою, такими психопатологічними розладами, як страх, апатія, депресія тощо. До пасивної поведінки відносяться захисні механізми: реакції приниження серйозності хвороби за типом ігнорування, самообману, раціоналізації або надконтролю. Проте цінність цих пасивних спроб подолання психологічних і соціальних наслідків при тривалій хворобі часто сумнівна. Більш значущі активні зусилля пацієнта у рішенні виниклих перед ним проблем, пов'язаних з хворобою. Хворий повинен прагнути до того, щоб: пом'якшувати шкідливі впливи навколишнього середовища і збільшувати шанси на поліпшення стану, адекватно оцінювати неприємні події і факти і пристосовуватися до них, підтримувати свій позитивний образ, зберігати емоційну рівновагу і спокійні, нормальні відносини з оточуючими.

Це можливо в тому випадку, якщо хворий:

– одержує і засвоює необхідну інформацію про хворобу; шукає і знаходить пораду та емоційну підтримку у фахівців, знайомих або товаришів за нещастям (групи взаємодопомоги);
– набуває навичок самообслуговування в певні моменти хвороби і тим самим уникає зайвої залежності;
– ставить перед собою нові цілі, пов'язані з наявністю захворювання, і намагається поступово їх досягати.

При всій складності ведення подібних пацієнтів лікар і психолог повинні уважно помічати і підтримувати навіть щонайменші спроби самостійного рішення своїх проблем. Це необхідно як для співпраці в терапії, так і для спроби знову побудувати сімейні, професійні відносини, а також по-новому проводити вільний час. Потрібно уміти пояснювати хворому можливі невдачі лікування або прояснювати умови життя, що впливають на перебіг хвороби, коли, наприклад, пацієнт за допомогою близьких успішно справляється з новою обстановкою або, навпаки, сім'я заважає хворому зосередити зусилля на боротьбі з хворобою. Необхідними і цінними можуть стати підтримка і контроль з боку терапевтичних бригад, що спеціалізуються на лікуванні хронічно

хворих або пацієнтів, які потребують тривалого лікування (бригади для лікування хворих, які мають пухлини, хворих, що перенесли трансплантацію органів тощо).

3.4. Позитивна психотерапія

Термін "позитивна психотерапія" уперше використав німецький психотерапевт (вірменин за походженням) Носсрат Пезешкіан у 1972 р. для власної психотерапевтичної концепції.

Основа її – в розгляді людини як особливій цінності. Патопсихологічні симптоми трактують як форми реакції адаптації, а робота терапевта спрямована не на усунення порушення або відхилення, а на стимулювання резервних можливостей пацієнта та його психологічних здібностей.

Позитивна психотерапія ґрунтується на:

- позитивному підході до пацієнта і захворювання;
- змістовній оцінці конфлікту;
- п'ятиетапній терапії, в основі якої лежить самодопомога.

Позитивна інтерпретація симптомів або всього захворювання нерідко протиставляється загальноприйнятій, традиційній їхній інтерпретації. З погляду позитивної психотерапії в кожному симптомі можна знайти не тільки погане (негативне), але і хороше (позитивне) начало. Так, у своїй книзі "Позитивна психотерапія і психосоматика" Носсрат Пезешкіан біль трактує як сигнал про біду, підвищену температуру тіла – як хорошу опірність організму. А також:

- алкоголізм – здатність за допомогою алкоголю тимчасово зробити конфлікт переносимим;
- депресія – здатність реагувати на конфлікти з глибокою емоційністю;
- інфаркт міокарда – здатність приймати близько до серця навантаження і фактори ризику;
- невроз нав'язливих станів – здатність здійснювати що-небудь з надзвичайною точністю, сумлінністю, пунктуальністю і послідовністю;
- нервова анорексія – здатність обходитися малими засобами. Здатність розділити тяготи світового голоду;
- нічне нетримання сечі – здатність плакати нижньою половиною тіла;



- ожиріння – здатність приносити задоволення і заповнювати дефіцит уваги за допомогою їжі. Акцентування відчуттів, таких, як смак, естетика блюд, широта поглядів відносно продуктів харчування;
- передчасна еякуляція – здатність швидко досягати мети;
- психосоматичні симптоми – здатність мовою органів говорити про те, що в цей момент немає інших засобів справитися з конфліктом.

Основною метою позитивної психотерапії є зміна погляду пацієнта на свою хворобу і як наслідок – нові можливості у пошуках резервів у боротьбі з недугою.

В основі позитивної психотерапії лежить переконання, що кожна людина володіє двома базовими здібностями: до пізнання (когнітивна) і до любові (емоційність). Здатність до пізнання виражає раціональну, інтелектуальну суть людини (ліва півкуля головного мозку), а здатність любити – емоційну і душевну її суть (права півкуля).

Здатність до пізнання означає здатність вчитися і учити. З неї розвиваються вторинні здібності, як-то пунктуальність, охайність, акуратність, слухняність, ввічливість, чесність, відвертість, вірність, справедливість, працьовитість, ощадливість, обов'язковість, ретельність і сумлінність.

Здатність до любові означає здатність любити і бути любимим. Обидва компоненти однаково важливі: здатність активно встановлювати емоційні відносини (любити) і здатність емоційні відносини приймати і підтримувати (бути любимим, коханим). Здатність до любові веде в своєму розвитку до таких вторинних здібностей, як уміння любити, бути прикладом, мати терпіння, приділяти час чомусь, уміння встановлювати контакти, проявляти і приймати ніжність і сексуальність, мати надію, уміти довіряти, вірити і сумніватися, набувати упевненість і встановлювати єдність.

Зауважено, що в Західній Європі, Америці у людей більше виражена здатність до пізнання, у східних країнах – здатність до любові. Міжкультуральний підхід проходить червоною ниткою через усю позитивну психотерапію, оскільки дає змогу краще зрозуміти структуру конфлікту і поведінки пацієнта. Дуже часто те, що неприйнятне в країнах з однією культурою і традиціями прийнятне в інших. Це не означає, що одна культура хороша, а інша погана. Просто вони різні, а тому і поведінка пацієнта з позиції тієї або іншої культури може трактуватися по-різному.

Незважаючи на всі культурні і соціальні відмінності і неповторність кожної людини, можна спостерігати, що всі люди у вирішенні своїх проблем вдаються до типових форм переробки конфліктів. Усі труднощі можна виразити в наступних чотирьох формах переробки конфлікту, які відповідають чотирьом вимірам здатності до пізнання: 1) тіло/відчуття; 2) діяльність/розум; 3) контакти/традиції; 4) майбутнє/фантазія.

Розлади сну, втрата апетиту, захворювання органів, дратівливість, безконтрольна їда, вітальна депресія, сексуальні розлади, стомлюваність, болі, адинамія, акустичні та оптичні галюцинації, іпохондричні уявлення, а також порушення сприйняття і потягів та афективні розлади можуть бути представлені як симптоми у сфері тіло/відчуття.

Розлади мислення та інтелекту, порушення уваги, пам'яті, труднощі у прийнятті рішень, схильність до раціоналізації, мрійливість, нав'язливість, дереалізація відносяться до розуму і водночас до діяльності.

Фіксації, забобони, стереотипи, фанатизм, слабкість думок, боязнь правди, почуття ненависті і провини, маргінальність і однобічність пов'язані з традиціями і з контактами. Нестримні фантазії, втеча від дійсності, суїцидальні фантазії, сексуальні фантазії, побоювання, нав'язливі уявлення, маячення переслідування можуть бути зараховані до сфери майбутнього/фантазії.

Ураження того або іншого органу у пацієнта з психосоматичним захворюванням стає зрозумілим при погляді на концепції, яких він дотримується у відношенні до тіла загалом, окремих його органів та їхніх функцій, а також до здоров'я і хвороби.

Так, у хворих зі шлунковими розладами, а також з ожирінням можна спостерігати концепції, пов'язані з їдою ("Все, що на столі, треба з'їсти"). У протилежність цьому в осіб з ішемічною хворобою серця часто виявляються концепції, які вказують на проблематичну ситуацію відносно пунктуальності і розподілу часу. Пацієнти з ревматичними хворобами проявляються зазвичай типовими проблемами навколо ввічливості ("Візьми себе в руки, що скажуть люди"). У пацієнтів зі шкірними захворюваннями досить часто виявляються конфліктні концепції щодо охайності і спілкування.

В особовій сфері однобічність у чотирьох якостях життя виявляється зовні у формах чотирьох реакцій "втечі": "втеча" в хворобу (соматизація), в активну діяльність (раціоналізація), у самотність або спілкування (ідеалізація або знецінення) і у фантазії (заперечення).

Ще один суттєвий вимір людського життя визначається здатністю до любові і характеризується можливостями прояву емоційності.

У разі виникнення і прояву захворювання велику роль виконує так званий актуальний конфлікт. Він може бути результатом дії важкої психотравми (наприклад, смерть близької людини, еміграція, безробіття чи зміна профілю роботи) або формуватися під впливом постійно діючих дрібних психологічних чинників (конфлікти в сім'ї або на роботі, загальна емоційна напруженість у суспільстві тощо).

Актуальний конфлікт сам по собі спочатку нейтральний. Але коли цей конфлікт торкається конкретної людини, то він одержує індивідуальне звучання і стає патогенним чинником. Особистість тут виконує не менш важливу роль, ніж конфлікт. Тільки тоді, коли Особистість пропускає конфлікт крізь призму свого Я, він набуває індивідуального значення.

Специфічна взаємодія актуального і базового конфлікту описана в позитивній психотерапії такою моделлю: здібності, ціннісні установки, концепції і готовність до конфлікту посилюють зовнішні події та емоційно забарвлюють їх на фоні біологічно-біографічної даності.

У цих подіях бере участь весь організм, особливо гормональна і вегетативна нервова система. Так можуть виникати функціональні порушення.

Головну увагу треба звернути на те, який вплив чинить конфлікт на фізичний стан пацієнта, на його професію, на контакти з оточуючими, як він змінює його плани на майбутнє. У профілактичному значенні добре привести в рівновагу всі чотири сфери вирішення конфлікту.

Людина зі здоровою психікою – це не та, що не має проблем, а та, що знає, як їх подолати і вийти з конфліктної ситуації. Тому одне із завдань психотерапевта, що практикує позитивну психотерапію, полягає в умінні вникнути в суть конфлікту пацієнта і спробувати рівномірно перерозподілити енергію, направлену на його вирішення, за основними чотирма сферами.

Модель позитивної психотерапії не прагне пояснити виникнення певних конфліктів, а прагне зрозуміти людину в її життєвій ситуації, в якій вона хворіє. Терапевтична модель розділена на п'ять етапів.

1. Спостереження/дистанціювання. Дистанціювання від конфлікту. Якщо представити конфлікт у вигляді картини, то пацієнта можна порівняти з людиною, яка настільки близько підійшла до картини, що виразно бачить лише її деталі, але не може збагнути цілком, не розуміє її сенсу. На першому етапі лікування

психотерапевт повинен допомогти пацієнту як би відсторонитися від конфліктної ситуації, що створилася, розглянути її зі сторони і постаратися скласти про неї повне уявлення.

2. Інвентаризація. Відсторонившись від конфлікту і "побачивши" його загалом, далі потрібно ретельно пропрацювати кожну його деталь. Не треба забувати про чотири головні сфери вирішення конфлікту.
3. Ситуативне схвалення. У конфлікті зазвичай беруть участь не менше двох людей, і в кожному з них є як негативні, так і позитивні особистісні якості. Ситуативне схвалення – це найперше спроба переставити акцент з негативних якостей свого партнера (партнерів) по конфлікту на позитивні.
4. Вербалізація. Цей етап лікування має на увазі обговорення конфлікту. Треба розмовляти з пацієнтом про конфлікт, а не про передбачувані його наслідки.
5. Розширення життєвих цілей. Пацієнт, охоплений конфліктною ситуацією, всю енергію вкладає в неї (або в її наслідки). Роль психотерапевта полягає в тому, щоб зрозуміти непропорційність розподілу життєвої енергії і спробувати разом із пацієнтом перерозподілити її між чотирма основними сферами вирішення конфлікту. Крім того, крім конфлікту завжди існують важливі життєві цілі, куди можна вкласти частину цієї енергії.

Наведемо дев'ять тез позитивної психотерапії.

1. Позитивна психотерапія бере до уваги позитивні аспекти кожної хвороби. На практиці це виглядає так: ми питаємо про те значення, яке має симптом для людини і його соціальної групи, виділяючи при цьому позитивне значення: "Які позитивні аспекти має почервоніння? Які переваги забезпечує виразка шлунка? Які функції виконують порушення сну?
2. Теорія мікротравм бере до уваги зміст конфлікту і його динаміку. З огляду на питання "Що загального у всіх людей (усвідомлення спільності і єдності) і чим вони відрізняються (усвідомлення індивідуальності і неповторності)", позитивна психотерапія описує зміст конфлікту (актуальні і базові здібності). Часто це зовсім не глобальні потрясіння, які приводять до порушень і розладів, а маленькі душевні рани, що постійно повторюються, які зрештою формують характер, особливо схильний до окремих конфліктів (крапля камінь точить).



3. Транскультурне мислення є основою позитивної психотерапії. Воно включає множину індивідуально, сімейно і культурно зумовлених явищ і припускає єдність у різноманітті.
4. Концепції, міфологія і притчі цілеспрямовано поміщають у терапевтичну ситуацію. Притчі сприяють ліквідації внутрішнього опору і полегшують здійснення самодопомоги, яка доповнює психотерапевтичні заходи.
5. Кожна людина неповторна. Лікування відповідає потребам хворого.
6. Члени сім'ї як індивідууми і соціальні чинники як визначальні умови поміщають у терапевтичний процес.
7. Поняття позитивної психотерапії доступні кожному: мовні бар'єри усунені (рівність шансів у психотерапії).
8. Позитивна психотерапія пропонує базову концепцію для роботи з будь-якими хворобами і розладами; вона визначає три відправні точки: профілактика, власне лікування і реабілітація (універсальність застосування).
9. Позитивна психотерапія пропонує своїм змістовним процесом таку концепцію, в рамках якої можуть раціонально застосовуватися і доповнювати один одного різні методи і спеціальні напрями (метатеоретичні і метапрактичні аспекти).

Позитивна психотерапія може поєднуватися з іншими методами психотерапії або застосовуватися самостійно. Найчастіше практикується короткочасна терапія, що складається з 20–30 занять тривалістю близько 50 хвилин. Зазвичай, уже через відносно короткий час (10–15 зустрічей) настає суттєве поліпшення стану.

3.5. Гештальт-терапія

Гештальт-терапію (нім. *Gestalt* – форма, образ, структура) традиційно розглядають як один з ефективних методів терапії в роботі із широким спектром інтрапсихічних і міжособистісних конфліктів. Завдяки цілісному погляду на людину, що передбачає єдність його психологічного, біологічного і соціального існування, парадигма гештальт-терапії виявляється дуже продуктивною для розуміння і терапії психосоматичних розладів.

Метою терапевтичної роботи є зняття блокування і стимулювання процесу розвитку людини, реалізація її можливостей і спрямувань за

рахунок створення внутрішнього джерела опори та оптимізації процесів саморегулювання.

Основним теоретичним принципом гештальт-терапії є переконання, що здатність індивіда до саморегулювання нічим не може бути адекватно замінена. Тому особливу увагу надають розвитку у пацієнта готовності приймати рішення і робити вибір. Ключовим аспектом терапевтичного процесу є усвідомлення і переживання контакту із самим собою і з оточенням. Увага і активність терапевта концентруються на тому, щоб допомогти пацієнту в розширенні і збагаченні усвідомлення і здатності переживання свого контакту із навколишнім і внутрішнім світом. Багато уваги надають підвищенню усвідомлення різних установок і способів поведінки й мислення, які закріпилися у минулому. Також важливе розкриття їхніх значень і функцій у наш час.

До основних понять гештальт-терапії відносять: фігуру і фон, усвідомлення і зосередження на теперішньому часі, полярність, захисні функції, контакт і зрілість.

В основі усіх порушень лежить обмеження здатності індивіда до підтримки оптимальної рівноваги із середовищем, порушення процесу саморегулювання організму. Описують п'ять форм порушення взаємодії між індивідом і його оточенням, при яких енергія, необхідна для задоволення потреб і для розвитку, виявляється розсіяною або помилково направленою: інтроекція, проекція, ретрофлексія, дефлексія і злиття (конфлюенція). Ці форми порушень часто називаються опорами, захисними механізмами або механізмами переривання контакту.

До основних процедур гештальт-терапії відносять:

- розширення усвідомлення;
- інтеграція протилежностей;
- посилення уваги до почуттів;
- робота із мріями (фантазією);
- прийняття відповідальності на себе;
- подолання опору.

Найбільш значущими для психотерапевтичної роботи в умовах клініки є такі принципи гештальт-підходу.

1. Принцип цілісності – людина є цілісним організмом в єдності її біологічних, психологічних, соціальних і духовних аспектів, і представляє єдність зі своїм навколишнім середовищем (організм/середовище).
2. Принцип рівноваги – здоровий організм, здатний підтримувати гомеостатичну рівновагу зі своїм середовищем, тобто здатний,

використовуючи навколишнє середовище, задовольняти значущі потреби.

3. Принцип творчого пристосування – здоровий організм пристосовується до умов зміненого середовища, знаходячи можливості для задоволення своїх потреб.

Відповідно в індивіда, психічне або фізичне здоров'я якого порушене, виявляється порушення узгодженості між окремими фізіологічними і психічними процесами, порушення гомеостатичної рівноваги (життєво важливі потреби організму не задоволені через зовнішні або внутрішні причини) і порушення здатності до творчого пристосування (використовування власних можливостей і можливостей середовища для задоволення потреб).

Відповідно до цих принципів, цілями терапевтичних заходів будуть відновлення гомеостатичного балансу організму і здатності до творчого пристосування (інакше відновлений організмом баланс не зберігатиметься довго).

Згідно з теорією гештальт-терапії, патологічні симптоми виникають тоді, коли індивід перебуває в полі, де фруструються його значущі потреби – в матеріальному благополуччі, соціальному статусі, фізичній безпеці, задовольняючих міжособистісних відносинах тощо. Гомеостатична рівновага порушена, причому у теперішній момент особистість не знає, як задовольнити перервані потреби, і нездатна відновити порушений баланс. Тому найпершим завданням психологічної допомоги стає створення поля, в якому хоча б частково можуть бути задоволені деякі потреби пацієнта – потреба в безпеці, увазі, пошані тощо.

Інша частина роботи з корекції психологічного стану полягає в здійсненні власне психотерапевтичного процесу. Гештальт-терапія є одним із типів особистісно-орієнтованої психотерапії. Тому найдоступнішими для психотерапевтичної допомоги виявляються пацієнти, для яких є очевидним зв'язок між їхніми психологічними переживаннями і проявами соматичного захворювання або психічного розладу.

В умовах обмеження часу принциповим є фокусування на найактуальніших проблемах пацієнта. Це може бути реакція на гостру стресову подію (розлучення, смерть близьких, зміна фінансового або соціального статусу), що привела до декомпенсації психічного і соматичного стану, або стійкий дезадаптивний патерн поведінки, що призводить до стану хронічного дистресу. Головними цілями індивідуальної психотерапії є спільне з психотерапевтом усвідомлення пацієнтом найбільш значущих фрустрованих потреб, які привели до психічних і психосоматич-

них порушень, і пошук здорових варіантів поведінки, які дають змогу задовольнити ці потреби. Психотерапія також може фокусуватися на відмові від потреб, які вже неможливо задовольнити (наприклад, неможливість повернути шлюбного партнера), і проживанні пов'язаних з цим почуттів. Так досягається феномен "завершення гештальту" і виникають умови для усвідомлення життєвих можливостей, які залишаються для індивіда доступними.

Психотерапію не проводять із пацієнтами, які з певних причин не хочуть у ній брати участь. Здебільшого це пов'язано з недовірою до лікаря і психологічною допомогою взагалі, страхом перед самодослідженням і саморозкриттям. Гештальт-терапія малоефективна для пацієнтів із нерозвиненою здатністю до саморефлексії.

Ще одна галузь застосування гештальт-підходу в соматичній клініці торкається консультування лікувального персоналу з питань спілкування із пацієнтами. Гештальт-терапія дає змогу накреслити стратегії встановлення контакту із "важкими пацієнтами ", що викликають проблеми у персоналу. "Важкий" пацієнт, зазвичай, характеризується тим, що інтенсивно виявляє один із механізмів переривання контакту (проекція, інтроекція, конфлюенція, ретрофлексія тощо). Діагностика ведучого механізму дає змогу свідомо вибирати ті поведінкові патерни, які будуть його нейтралізувати.

У гештальт-терапії існує також стратегія роботи із соматичними і психосоматичними захворюваннями, що складається з чотирьох етапів.

1. Генералізація проекції. Пацієнту пропонують побути своєю хворобою і поговорити від її імені. Можна розпитати пацієнта про характер хвороби, попросити описати її.
2. Прояв активної нереалізованої потреби, що стоїть за хворим органом, усвідомлення цієї потреби. Треба зробити акценти на позитивному аспекті хвороби ("Що ти можеш дати мені цінного і необхідного, без чого я не можу обійтися?").
3. Вираження заблокованого почуття, усвідомленої потреби по відношенню до оточення.
4. Інтеграція одержаного досвіду, включення його в систему цілісної особистості.

Під час роботи із пацієнтом аналізують функціональне значення хвороби, ступінь її життєвої важливості, тобто з'ясовують, що значить для нього бути хворим на таку хворобу; з'ясовують, в чому полягає особистісне значення цієї хвороби для оточення, сім'ї, яке екзистенціальне



послання може приховуватися за симптомами і якими альтернативними шляхами воно може бути передане оточуючим.

Гештальт-терапія відразу за психоаналізом надає значну увагу тим явищам, які є загальними для контексту "там-і-тоді" (життєві відносини) і контексту "тут-і-тепер" (відносини терапевт – пацієнт).

3.6. Когнітивно-поведінкова психотерапія

Терапевти когнітивно-поведінкового напряму припускають, що психопатологічні і психосоматичні розлади є наслідком неточної оцінки подій, і, отже, зміна оцінки цих подій повинна вести до зміни стану пацієнта. Подібно до поведінкової терапії, когнітивно-поведінкова терапія вчить пацієнтів по-іншому реагувати на ситуації, що викликають паніку або агресію.

> Модель хвороби, що лежить в основі поведінкової терапії розглядає соматичні і психічні симптоми як заучену форму поведінки. При цьому виходять з того, що поведінка в хворобі спричинена дією певних умовних подразників і позитивними наслідками їхнього збереження. Певні думки та установки одночасно приводять до розвитку соматичних симптомів і сприяють їхньому збереженню.

Мішенню "чистого" поведінкового терапевта є зміна поведінки; мішенню когнітивного терапевта – зміна сприйняття себе і навколишньої дійсності. Когнітивно-поведінкові терапевти визнають і те і інше: знання про себе і світ впливають на поведінку, а поведінка та її наслідки впливають на уявлення про себе і світ.

У поведінкових і когнітивних терапевтів є низка спільних рис:

1) вони не цікавляться причинами розладів або минулим пацієнтів, а мають справу з теперішнім часом: поведінкові терапевти зосереджуються на актуальній поведінці, а когнітивні – на тому, що думає людина про себе і про світ у теперішньому;
2) вони дивляться на терапію як на процес научіння, а на терапевта – як на вчителя. Поведінкові терапевти учать новим способам поведінки, а когнітивні – новим способам мислення;
3) вони дають своїм пацієнтам домашні завдання для того, щоб вони практикували за межами терапевтичного середовища те, що одержали під час сеансів терапії;

4) вони надають перевагу практичному, позбавленому абсурдності (мається на увазі психоаналіз) підходу, необтяженому складними теоріями особистості;
5) у психосоматиці когнітивні лікувальні методики завжди можуть стати у нагоді в тих випадках, коли у хворого виробляються специфічні очікування, уявлення та оцінка несприятливого перебігу хвороби, тобто хвороблива поведінка, і коли можна на основі цього добитися того, що зміна пізнавальних процесів приведе до полегшення фізичного стану.

Для пацієнтів, які не можуть проявляти по відношенню до інших людей ні позитивних, ні негативних емоцій і тому ущемлені в своїх соціальних взаємостосунках, пропонують тренування упевненості в собі; в результаті пригнічені пацієнти наважуються, урешті, виразити свої почуття і бажання оточуючим. Вправи із формування поведінки проводять здебільшого у вигляді ролевої гри; при цьому надається також значення навчанню моделі поведінки. Тренування упевненості в собі важливе у разі психосоматичних і невротичних порушень, які пов'язані зі страхами, невпевненістю в собі і з соціальною пригніченістю.

Усе більше значення в психосоматичній медицині набувають так звані психо-виховні методики, за допомогою яких здійснюються стратегії з підкріплення поведінки, сприятливої для здоров'я, і відмови від поведінки, що робить хвороботворний вплив (куріння, алкоголізм, порушення дієти, зловживання медикаментами).

Поведінкова терапія – переважний метод лікування чоловічих і жіночих сексуальних проблем, таких, як імпотенція, передчасна еяколяція, оргазмічна дисфункція і вагінізм. Енурез – одна з дитячих проблем, яка найкраще піддається поведінковій терапії.

Виявлені специфічні патерни поведінки, які, мабуть, підвищують ризик серцево-судинних захворювань. Модифікація цих життєвих стилів може помітно зменшити вірогідність захворювання. До чинників ризику, які ставали об'єктом дії терапевтичних програм, відносяться куріння, надмірна вага, нестача фізичної активності, стрес, гіпертонія і надмірне споживання алкоголю. "Зловживання речовинами" зазвичай лікують за допомогою поєднання декількох процедур самоконтролю. Стрес і гіпертонія піддаються дії таких методів, як тренінг релаксації. Методи поведінкової терапії застосовуються як до хворих (індивідуально або в групі), так і до здорових людей у їхньому соціальному середовищі для профілактики серцево-судинних захворювань.

Поведінкову техніку також успішно застосовують по відношенню до таких проблем, як головні болі, розлади харчової поведінки (нервова анорексія і булімія), астма, епілепсія, розлади сну, нудота в онкологічних хворих у зв'язку з променевою терапією, страхи госпіталізації та операції у дітей тощо.

3.7. Трансактний аналіз

Трансактний аналіз (від лат. *transactio* – операція і грец. *analysis* – розкладання, розчленовування) – психотерапевтична методика групового та особистісного зростання, запропонована американським психологом і психіатром Еріком Берном. Цей метод психотерапії заснований на процедурі аналізу структури особистості. Як особистісні структури тут розглядаються особливості і взаємодія трьох станів Я: "Батько", "Дитина" і "Дорослий". "Батько" являє собою авторитарні тенденції індивіда, "Дитина" – підлеглу позицію, "Дорослий" – уміння обстоювати власну думку та організувати взаємостосунки з іншими на основі рівноправного партнерства.

Існує декілька ключових ідей, які лежать в основі теорії трансактного аналізу: модель его-станів, трансакції, прогладжування, структуризація часу, життєвий сценарій та ігри.

Практика терапії психосоматичних захворювань у трансактному аналізі ґрунтується на послідовному теоретичному підході, основою якого є переконання, що ранні рішення, які людина приймає в дитинстві про те, які у неї повинні бути сценарні патерни поведінки, думок і почуттів, можуть бути змінені.

Основна мета цього психотерапевтичного методу – актуалізація "Дорослого" в людині, реконструкція особистості на основі перегляду життєвих позицій, непродуктивних стереотипів поведінки, формування нової системи цінностей.

У процесі терапії треба брати до уваги актуальний психологічний конфлікт і вплив соціальних чинників.

Крім того, трансактний аналіз дає змогу проаналізувати ігри людей, що страждають психосоматичними розладами, і переваги (виграші), що витікають з них. Виграш усіх ігор направлений тою чи іншою мірою на зміцнення самозахисту, отримання привілеїв, ухилення від близьких відносин і втеча від відповідальності.

Основою трансактного аналізу є модель его-станів. Его-стан – це сукупність пов'язаних один з одним поведінок, думок і почуттів як спосіб прояву особистості в певний момент. Модель описує три різні его-стани:

его-стан "Батька": поведінка, думки і почуття, скопійовані у батьків або інших важливих фігур;

его-стан "Дорослого": поведінка, думки і почуття, які є прямим реагуванням на "тут і тепер";

его-стан "Дитини": поведінка, думки і почуття, властиві дитячому віку.

Модель его-станів дає змогу встановлювати надійний зв'язок між поведінкою, думками і почуттями.

3.8. Терапія мистецтвом (арт-терапія)

Уперше цей термін використав Адріан Хіл у 1938 р. У наш час ним позначають усі види занять мистецтвом, які проводять в лікарнях і центрах психічного здоров'я. Ефективність застосування мистецтва в контексті лікування ґрунтується на тому, що цей метод дає змогу експериментувати з почуттями, досліджувати і виражати їх на символічному рівні.

Психотерапевти відзначають позитивний вплив арт-терапії не тільки на поліпшення загального фізичного і психічного стану хворих, але також і на позбавлення їх від психосоматичних порушень.

У процесі арт-терапії змінюється відношення людини до власного минулого травматичного досвіду, переживань і хвороб, а досягнутий психотерапевтичний ефект виражається у впорядковуванні психосоматичних процесів.

Образотворча діяльність дає можливість досягти стану психічного комфорту. При цьому "художник" перетворюється на "глядача", дистанціюючись від проблеми, ніби спостерігаючи її зі сторони. Отже, техніка "розповіді в картинках" допомагає розглянути проблему в динаміці, відтворити ланцюжок обставин і вчинків.

Така техніка має особливу цінність у роботі з особами, яким важко дати вербальний опис подій і почуттів.

Зазвичай і діти і дорослі із задоволенням описують словами те, що вони намалювали. Головне завдання арт-терапевта в цій своєрідній образотворчій грі – допомогти пацієнту у:

- вербалізації усвідомленого матеріалу і пов'язаних з ним переживань;
- осмисленні тих символічних образів, які він сприймає як небезпечні;
- формуванні у нього нових інтересів, значущих для його подальшого психосоціального розвитку.

Разом з терапевтичним значенням техніка "розповіді в картинках" має велику діагностичну цінність. З її допомогою можна одержати набагато більше інформації, ніж за допомогою численних бесід із пацієнтом протягом кількох місяців. Особливо важливо, що пріоритет в інтерпретації малюнків належить їхньому автору. Іншими словами, при такій діагностиці психолог надає ініціативу пацієнтові і спирається на його систему значень. Потрібно запропонувати пацієнту зобразити, що змінилося в ньому самому і в сім'ї, коли він захворів. Тематичні завдання для серії малюнків можуть бути такими.

Намалюйте і розкажіть:

- Як ви дізналися про свою хворобу?
- Що змінилося у вас, коли це відбулося?
- Намалюйте найстрашніші уявлення про свою хворобу.
- Намалюйте, що буде, коли хвороба мине.
- Намалюйте себе здоровим і сильним.
- Намалюйте себе в майбутньому.

З огляду на особливості малюнків, можна припустити, на чому сфокусовані реакції пацієнта: на почуттях чи на проблемі. У першому випадку в малюнках зображається страх смерті, страх болю через медичні процедури тощо. Для другої групи характерне зображення різного медичного устаткування, лікарняних приміщень і т. ін.

Арт-терапевту важливо зрозуміти істинні причини переживань пацієнта. За допомогою відповідних питань фахівець повинен прояснити, об'єктивувати зображення і зрозуміти укладене в ньому значення. Це допомагає вибрати адекватну арт-терапевтичну стратегію.

Арт-терапія надає учасникам високий ступінь свободи і самостійності. Заохочується до спонтанного характеру творчої діяльності. Учасники визначаються із задумом, вибирають форму, матеріали, кольори, відповідно до вибраної теми, самі контролюють послідовність дій. За

учасником залишають право вибирати міру участі в груповій роботі. Творчість, як відомо, сама по собі має цілющу силу.

Аналіз сучасних досліджень з терапії мистецтвом пояснює подальшому користь цього методу для лікувальної мети.

1. Надає можливість для вираження агресивних почуттів у соціально прийнятній манері. Малювання, живопис фарбами або ліплення є безпечними способами розрядження напруги.
2. Прискорює прогрес у терапії. Підсвідомі конфлікти і внутрішні переживання легше виразити за допомогою зорових образів, ніж у розмові під час вербальної психотерапії. Невербальні форми комунікації можуть з більшою ймовірністю уникнути цензури свідомості.
3. Дає підстави для інтерпретацій і діагностичної роботи у процесі терапії. Творча продукція, зважаючи на її реальність, не може заперечуватися пацієнтом. Зміст і стиль художньої роботи надають терапевту величезну інформацію. Крім того, сам автор може робити внесок в інтерпретацію власних творінь.
4. Дає змогу працювати з думками і почуттями, які видаються непоборними. Іноді невербальний спосіб виявляється єдиним інструментом, що розкриває і прояснює інтенсивні почуття і переконання.
5. Допомагає укріпити терапевтичні взаємостосунки. Елементи збігу в художній творчості членів групи можуть прискорити розвиток емпатії і позитивних почуттів.
6. Сприяє виникненню почуття внутрішнього контролю і порядку. Малювання, живопис фарбами і ліплення приводять до необхідності організовувати форми і кольори.
7. Розвиває і посилює увагу до почуттів. Мистецтво виникає унаслідок творчого акту, який дає можливість прояснити зорові і кінестетичні відчуття і дає змогу експериментувати з ними.
8. Посилює відчуття власної особистісної цінності, підвищує художню компетентність. Побічним продуктом терапії мистецтвом є задоволення, що виникає унаслідок виявлення прихованих умінь і їхнього розвитку.
9. У процесі проведення групи дає змогу вирішувати конфлікти між членами групи і допомагати їм у досягненні гармонії.

Недоліком терапії мистецтвом є те, що украй особовий характер завдань може стимулювати нарцисизм і відхід у себе, а не приводити до розкриття і встановлення контактів. І хоча для більшості людей



мистецтво є достатньо безпечним способом вираження почуттів, деякі люди чинять опір самовираженню за допомогою мистецтва.

3.9. Креативна візуалізація

Механізм роботи уяви використовують у підході, який можна назвати як творча, керована візуалізація.

> Серед численних дослідів із використовування образного мислення для лікування хвороб найбільш відомі клінічні роботи онколога Карла Саймонтона і його дружини, психолога Стефані Метьюз-Саймонтон. Вони першими використовували образне мислення як додатковий метод лікування ракових хворих.

Спочатку пацієнт опановував техніку поступового розслаблення, йому пропонували в думках уявити кожну групу м'язів і звільнити її від напруги. Потім у стані розслаблення пацієнт повинен був візуалізувати процес лікування: наприклад, уявити свої білі кров'яні тільця та імунну систему у вигляді безстрашних воїнів, а ракові клітини – у вигляді боязких або безпорадних тварин, яких воїнам нічого не вартує перемогти.

Є вагомі підстави вважати, що в підвищенні опірності організму і мобілізації його сил на боротьбу з вірусами, бактеріями і пухлинами вирішальну роль виконує підсвідоме відношення до викликаної ними хвороби. За допомогою образного мислення людина може налаштувати себе на одужання. На думку багатьох клініцистів, прихильників цього напряму, чим ясніше людина бачить уявним поглядом свій організм і його уражені ділянки на рівні свідомості, тим успішніше його підсвідомість прочитує ці послання і координує внутрішні захисні сили.

За допомогою складних нейрохімічних процесів розум впливає на імунну систему. Особливості і механізми цього впливу вивчає такий міждисциплінарний науковий напрям як психонейроімунологія.

Використовування роботи з образами під час здійснення психологічної допомоги психосоматичним хворим представляється не тільки адекватним суті захворювання, але і перспективним з погляду теоретичного вивчення проблеми зв'язку "свідомість–тіло". Науковими завданнями є: визначення ефективності різних прийомів візуалізації залежно від особистісних особливостей пацієнта і характеристик його психічних процесів; визначення оптимальних моделей навчання пацієнтів сано-

генному управлінню власним фізичним станом; виявлення інформативних показників стану імунної системи, пов'язаних з ефективністю психотерапевтичного впливу.

Загалом, практичні завдання в ході психокорегувальної роботи з пацієнтами, які страждають психосоматичними розладами, пов'язані, по-перше, з навчанням хворих і розвитком у них здібностей свідомого контролю і управління, впливу на власний тілесний стан і, по-друге, з психотерапевтичним проробляннням негативних впливів особистої історії.

Сам по собі метод керованої візуалізації напрямлений на теперішній час пацієнта. Освоєння процедури візуалізації ніби налагоджує зв'язки між внутрішніми тілесними процесами, що відбуваються у цей момент в організмі і зазвичай не піддаються свідомому контролю людини, та її психіці. При цьому дифузна, слабо диференційована інтероцепція, символічно перекладена мовою образів, поступово стає точнішою, доступнішою спостереженню, розумінню й управлінню.

Проте розвитку здатності впливати на процеси організму недостатньо для одужання. Оскільки психосоматичні порушення є способом адаптації, своєрідним психологічним захистом людини у разі невирішеного внутрішньо-особистісного конфлікту, психотерапія психосоматозів обов'язково передбачає опрацьовування минулого і майбутнього пацієнта.

У подіях минулого, кореняться причини хвороби. Звернення до психотравм, що передували появі захворювання, допомагає вичленувати основні психологічні проблеми і в ході терапії знайти і реалізувати способи їхнього вирішення. Знайомство з життєвими обставинами пацієнта дає змогу також діагностувати і трансформувати мотиви "умовної бажаності" актуального тілесного страждання, які продовжують підживлювати хворобу.

У ході психологічної корекції методом керованої візуалізації обов'язкова робота з майбутнім пацієнта, коли його статус зміниться з хворого на здорового: з тією метою, планами і задачами, які виникнуть у нього при збільшенні особистісної свободи і, отже, особистої відповідальності.

Метод керованої візуалізації передбачає індивідуальну активність пацієнта. Водночас підключення групових форм психотерапевтичної роботи надає великі можливості для усвідомлення і проживання причин захворювання, розкриття ресурсів оздоровлення. Члени групи можуть персоніфікувати, оживляти, озвучувати як симптоми, так і стани ди-



наміки захворювання, вступати в діалог з пацієнтом, давати зворотний зв'язок тощо.

Креативна візуалізація є способом використовування природної потужності уяви. Уява є здатністю розуму створювати ідеї або ментальні образи. У креативній візуалізації використовування уяви відбувається, щоб створити виразний образ того, що ми хочемо. Потім увага фокусується на цій ідеї або картині постійно, наділяючи її позитивною енергією доти, доки вона не стане реальністю; іншими словами, поки не досягнуть того, що було візуалізоване.

Щодо психосоматичних проблем креативна візуалізація знайшла своє застосування як один з інструментів для створення і підтримки міцного здоров'я.

Основний її принцип полягає в залежності фізичного здоров'я від емоційного, розумового і психічного, оскільки всі ці рівні взаємозв'язані, і хвороба тіла завжди є віддзеркаленням конфлікту, напруги, тривоги або дисгармонії і на інших рівнях. Психосоматичне захворювання розглядають як повідомлення, яке спонукає звернути серйозну увагу на свої емоції, почуття, думки, на своє відношення до життя, щоб зрозуміти, як можна відновити природні гармонію і збалансованість. Люди хворіють, оскільки десь на внутрішньому рівні вони переконані, що хвороба – це найбільш відповідна і неминуча у відповідь реакція на якусь ситуацію або якісь обставини. Хвороба є відчайдушною спробою вирішити нерозв'язний і нестерпимий внутрішній конфлікт.

За допомогою креативної візуалізації розум може зв'язатися з тілом. Це процес несвідомого або свідомого формування уявлень і думок і передання їх тілу у вигляді сигналів і команд. Свідома креативна візуалізація дає змогу створювати і направляти до тіла позитивні образи і думки замість негативних, "хворих".

Один з важливих елементів креативної візуалізації – афірмація. Це позитивна установка на те, що щось уявне вже існує. Афірмацією може слугувати будь-яка позитивна установка – дуже загальна або дуже специфічна: "У мене вже є відмінна нова робота", "Я тепер прокидаюся вчасно і кожен ранок я повний енергії", "У мене гладка, красива шкіра".

Людина у своїй свідомості майже постійно веде внутрішній діалог, і ці нескінченні коментарі життя, світу, почуттів, проблем, інших людей впливають на почуття й відчуття і забарвлюють їх, та, зрештою, саме ці уявні форми притягають і створюють усе те, що відбувається.

Афірмації можна вимовляти про себе, вголос, записувати або навіть співати. Щоденні, всього лише десятихвилинні заняття можуть переважити стереотипи, які набували протягом років.

Типові помилки під час роботи з афірмаціями:

- сумніви або негативні думки;
- механічне прочитання зазубрених тверджень;
- складання тверджень у майбутньому часі;
- використовування негативних формулювань;
- довгі, багатослівні і теоретичні твердження;
- опір і маніпулювання, протистояння своїм почуттям.

3.10. Психодрама

Творець психодрами Джекоб Морено замислював її як систему ролевої гри, що відображає внутрішній світ людини і соціальну поведінку. Класична психодрама – це терапевтичний груповий процес, у якому використовується інструмент драматичної імпровізації для вивчення внутрішнього світу пацієнта. Психодрама, по суті, є таким видом драматичного мистецтва, який відображає актуальні проблеми пацієнта, а не створює уявні сценічні образи. У психодрамі штучний характер традиційного театру замінюється спонтанною поведінкою її учасників.

Саме психодрама є першим методом групової психотерапії, розробленим для вивчення особистісних проблем, конфліктів, мрій, страхів і фантазій. Вона ґрунтується на припущенні, що дослідження почуттів, формування нових відносин і моделей поведінки більш ефективне під час використовування дій, реально наближених до життя.

Сьогодні психодраматична техніка успішно використовується не тільки в медицині. Правильно використовуючи її елементи, можна лікувати, учити, виховувати і стимулювати особистісне зростання. Можна знаходити внутрішні конфлікти і водночас працювати з ними, моделювати майбутнє, оплакувати втрати і відкривати в собі нові можливості.

Основними компонентами психодрами є: ролева гра, спонтанність, "теле", катарсис та інсайт.

Ролева гра – це одне з основних понять психодрами. На відміну від театру в психодрамі, учасник виконує роль в імпровізованій виставі та активно експериментує з тими значущими для нього ролями, які він грає в реальному житті. Друге поняття – спонтанність – було виділено

Морено на основі спостережень за грою дітей. Він вважав, що спонтанність – це той ключ, який допоможе відкрити двері в галузь творчості. Поняття "теле" описує двосторонній потік емоцій між усіма учасниками психодрами. Катарсис, або емоційне звільнення, що виникає в актора у психодрамі, є важливим ступенем у досягненні кінцевого результату – інсайту, нового розуміння наявної проблеми.

Головні ролі у психодрамі – це режисер, який є продюсером, терапевтом і аналітиком, протагоніст, "допоміжне Я" та аудиторія. Психодрама починається з розминки, переходить до фази дії, під час якої протагоніст організовує виставу, і закінчується фазою наступного обговорення, під час якого психодраматична дія і виниклі в ході її переживання обговорює уся група.

3.11. Тілесно-орієнтована психотерапія

Тілесно-орієнтована психотерапія є одним із головних напрямів сучасної практичної психології. Її називають також соматичною психологією. Це синтетичний метод "зцілення душі через роботу з тілом", з відображеними у тілі переживаннями і проблемами людини. Він особливо ефективний для лікування психосоматичних захворювань, неврозів, наслідків психічних травм і посттравматичних стресових розладів, депресивних станів.

Загальною основою методів тілесно-орієнтованої психотерапії є використовування контакту терапевта з тілом пацієнта, засноване на уявленні про нерозривний зв'язок тіла і духовно-психічної сфери. При цьому вважають, що не відреаговані емоції і травматичні спогади пацієнта унаслідок функціонування фізіологічних механізмів психологічного захисту відображаються в тілі. Робота з їхніми тілесними проявами допомагає за принципом зворотного зв'язку проводити корекцію психологічних проблем пацієнта, допомагаючи йому усвідомити і прийняти витиснені аспекти особистості, інтегрувати їх як частини його глибинної суті.

Усе, що відбувається в душі людини, залишає відбиток в її тілі. Свідомість і несвідоме в 90% випадків говорять не словами, а сигналами тіла. У будь-який момент життя стан тіла людини – це втілена історія емоційних і фізичних травм, пережитих і тих, що переживаються, накопиченого життєвого досвіду, поглядів і уявлень, нездужань і захворювань. Тілесно-орієнтована терапія є унікальним й ефективним

способом особистісного зростання і цілісного розвитку людини, який допомагає зв'язати воєдино почуття, розум і тілесні відчуття, відновити втрачені і прокласти відсутні взаємозв'язки між ними, створити умови довірчого і повного контакту людини з життям її тіла.

Робота з тілом створює унікальні можливості терапевтичної дії "поза цензурою свідомості", що дає змогу знайти справжні витоки наболілих проблем, отримати доступ до глибинних рівнів несвідомого, представлених у тілі.

За проявами хвороби видно глибоко приховані шифри несвідомого, що мають відкритий вихід у соматику. Важливо також і те, що тілесно-орієнтована психотерапія сприяє виведенню на рівень усвідомлення тих глибинних аспектів прихованого несвідомого процесу, що відбувається між пацієнтом і терапевтом, які зазвичай невиразні і мало доступні для роботи у "вербальних" методах терапії. У різних напрямах тілесно-орієнтованої психотерапії соматичні симптоми психічних травм розуміються як тілесні прояви переживань і поведінки людини. Тілесно-орієнтована психотерапія направлена не на їхнє усунення, а на те, щоб зробити їх доступними переживанню та усвідомленню, співвідносивши ті, що стали невротичними або патологічними почуття і поведінку з життєвими уявленнями, сенсами і цінностями людини.

Один із головних методів роботи в тілесно-орієнтованій психотерапії – це дотик. У області дотику створюється зона підвищеної усвідомленої уваги. Дотики допомагають краще відчувати своє тіло, стикнутися з глибокими та істинними почуттями, з внутрішніми ресурсами здоров'я і розвитку. Мистецтво торкатися і приймати дотики – це шлях до контакту з "внутрішньою дитиною", до розширення можливостей тілесно-чуттєвого усвідомлення себе і світу, до поглиблення почуття Я.

Надзвичайно важливий той факт, що тіло є фундаментальною цінністю людського життя і має першорядну значущість у життєвих процесах. Тіло – це початкова даність у житті дитини, що народилася. Розвиваючись, саме своє тіло вона найперше вичленує з реальності. Пізніше тіло структурується, як основа особистості та її свідомості й сприймається як Я. Саме тілесно-чуттєвий досвід стає фундаментом психічного розвитку і самопізнання. Це вірно і у філогенетичному, і в онтогенетичному аспекті.

У будь-який момент життя тіло втілює особливості особистості, її психологічних проблем і конфліктів. Емоційно значущі переживання "вростають в пам'ять тіла" і фіксуються у ньому. Тіло відображає маски і ролі, вибрані як способи захисту від важких переживань, знаходить



"м'язовий панцир", вузли і зони хронічних напруг і затисків. Вони блокують життєву енергію, емоції, сили, здібності; обмежують рухливість і ресурси життєвості тіла; знижують якість життя і повноцінність самої особистості; ведуть до захворювань і старіння.

Пригнічуючи небезпечні або негативні почуття і переживання тіла, людина приходить до внутрішніх конфліктів, коли емоції "відсікаються" від руху і сприйняття, дії – від мислення і почуттів, розуміння – від поведінки: відчуває одне, думає друге, робить третє.

3.12. Сімейна психотерапія

> Сімейна психотерапія (СП) – модифікація відносин між членами сім'ї як системи за допомогою психотерапевтичних і психокоректувальних методів і з метою подолання негативної психологічної симптоматики і підвищення функціональності сімейної системи. У сімейній терапії психологічні симптоми і проблеми розглядають як результат неоптимальних, дисфункціональних взаємодій членів сім'ї, а не як атрибути того або іншого члена сім'ї. Завдання психотерапевта полягає в тому, щоб змінити за допомогою відповідних дій сімейну систему загалом.

Часто у разі психосоматичних порушень ставлять питання: яку роль виконує захворювання окремого члена сім'ї в її загальній картині? Чи треба лікувати усю сім'ю, так як хворого? Психотерапевт звик зосереджуватися на окремому хворому. Він часто проглядає, що останній втілює собою лише симптом порушеної поведінки сім'ї, який пред'являється.

У сім'ї або іншій групі, в якій живе психосоматичний хворий, є структура, що опирається на страждання хворого. За рахунок хворого в сім'ї створюється патологічна рівновага, часто посилюється тенденція віддалитися від суспільної норми. Під час психотерапії психосоматичних хворих не можна розглядати лише когось одного з групи. Хворого треба включати в план лікування разом з його найближчим оточенням.

Крім того, треба мати на увазі, що симптоми, які психотерапевт зняв у психосоматичного хворого, можуть знову з'явитися у іншого члена сім'ї. Цей феномен пояснюється тим, що хворий – носій симптомів – часто є важливою опорою рівноваги, підтримуваної в його сім'ї. Кожна зміна стану хворого діє на рівновагу колективу, і його члени повинні знаходити нові форми адаптації для досягнення стабільності.

Психосоматичний хворий часто є "носієм проблем" сім'ї. Тим самим хворий здійснює, з одного боку, розвантажувальну функцію, оскільки турбота про нього перешкоджає виприскуванню підпорогових внутрішньо-сімейних конфліктів. Проте з часом хворий член сім'ї сприймається як додаткове навантаження, зокрема і тому, що він усе-таки пред'являє зовні внутрішньо-сімейну проблематику.

Часто буває важко мотивувати всю сім'ю для бесіди з психотерапевтом. Уявно розвантажуючи весь сімейний союз, симптом "носія проблем" сприймається сім'єю як постійний. Вона несвідомо відкидає зміни. Розвантаження "носія симптомів" порушило б насилу встановлену за його рахунок сімейну рівновагу і вело б до прориву конфлікту. Тому "психосоматичні сім'ї" описуються як залежні, взаємозв'язані, знаходяться під сильним емоційним тиском закриті системи. У цих сім'ях спостерігаються три пануючі модуси відносин: скріплення, яке може уповільнити або блокувати відповідний віку розвиток зв'язаного; відторгнення, яке може вести до стану занедбаності або до надмірного прагнення до емансипації у того, що відторгається, і делегування. Патологічне делегування виявляється у сімейній констеляції, в якій батьки, ігноруючи актуальні здібності дітей, наполягають на тому, щоб вони здійснили ті їхні плани, які їм самим здійснити не вдалося.

Картина взаємодії в психосоматичних сім'ях характеризується заплутаністю, надмірною дбайливістю, уникненням конфлікту, ригідністю і недотриманням меж між поколіннями. Така сім'я функціонує найкраще, коли хтось у ній хворий.

Психосоматичного хворого розглядає оточення здебільшого або як важко органічно хворого, або як несерйозно хворого, іпохондрика або симулянта (часом думки родичів коливаються від однієї крайності до іншої). Наслідком подібних спотворених оцінок є часте поглиблення симптоматики хворого: він відчуває себе покинутим і самотнім. Психосоматичні розлади індивідуума часто сигналізують зовні про те, що з сім'єю щось негаразд. При цьому можна говорити про сімейну психосоматику.

Концепція сімейної психосоматики має на меті не тільки корекцію хворого члена сім'ї, але й поліпшення внутрішньо-сімейних відносин.

У галузі внутрішніх хвороб і психосоматики може застосовуватися терапія сімейною конфронтацією. Сімейна конфронтація не ідентична сімейній терапії, хоча вона може відкрити шлях до такої. Сімейна конфронтація є одноразовим концентрованим втручанням психотерапевта в рамках усієї сім'ї носія психосоматичних симптомів. Ця розмова по-

винна тривати не довше години і відбуватися за місцем проживання сім'ї або в медичній установі, в якій працює психотерапевт. Потрібно, щоб психотерапевт наперед забезпечив собі довіру носія симптомів. У розмові сім'я не повинна інтерпретувати зв'язок між захворюванням і обстановкою у сім'ї. Це лише поглибить почуття вини у всіх членів сім'ї і приведе до подальшої поляризації хворих і здорових її членів. Для психотерапевта важливо знайти фокус, вказати сім'ї на позитивні аспекти в її житті і допомогти сім'ї розробити змінену поведінку. Спонукання до конструктивної розмови про те, що може полегшити, змінити і допомогти, має довготривалу мету досягнення переструктурування сімейною констеляцією.

Якщо в ході сімейної конфронтації підтверджуються припущення психотерапевта про те, що симптоматика хворого знаходиться в тісному зв'язку з сімейним або подружнім конфліктом, і якщо в рамках підтримуючого консультативного втручання не вдається домогтися зниження симптоматики, це є показанням для проведення курсу сімейної психотерапії у відповідній установі.

Основним теоретичним базисом СП є принцип системності формування сімейних відносин, тобто взаємна детермінованість окремих осіб і міжособистісних відносин, згідно з якою стиль спілкування, характер взаємодії, тип виховання, з одного боку, і особистісні особливості членів сім'ї – з іншого, утворюють замкнутий, постійно відтворюваний гомеостатичний цикл. СП є методом руйнування такого циклу, коли він стає патологічним, і створення конструктивних альтернатив сімейного функціонування.

3.13. Нейролінгвістичне програмування (НЛП)

Здоров'я і хвороба з погляду НЛП є суб'єктивними переживаннями. Людина сама визначає рівень свого здоров'я, головно – оцінюючи свої відчуття.

"Що значить для вас бути здоровим? Як би ви визначили слова – "бути здоровим"? Як це можна відчути? Як ви взнаєте, що здорові?" – головні питання про особисте визначення здоров'я. Питання навмисно задають про те, як "бути здоровим", а не про "здоров'я".

НЛП побудоване на двох фундаментальних принципах:

1. Карта не є територія. Людські істоти ніколи не можуть осягнути всієї повноти дійсності. Те, що ми пізнаємо, – лише

наше сприйняття цієї дійсності. Зазвичай, стримує нас або спонукає йти вперед не сама дійсність, а наша "карта" – віддзеркалення цієї дійсності. Отже,

а) люди реагують на своє власне сприйняття реальності;

б) кожна людина має власну індивідуальну "карту світу". Ніяка окрема "карта" – віддзеркалення світу – не є більш справжньою, ніж будь-яка інша;

в) сенс комунікації полягає в реакції, яку вона викликає, незалежно від намірів комунікатора;

г) "наймудріші" і "дружні" "карти" – ті, які надають найширший і багатший вибір можливостей, а не ті, що є найбільш "справжніми" або "точними";

ґ) люди вже володіють (принаймні, потенційно) усіма ресурсами, необхідними для ефективних дій;

д) будь-яка поведінка є вибором кращого варіанту з тих, що є в цей момент, беручи до уваги можливості та здібності людини, визначувані моделлю світу;

е) зміни відбуваються унаслідок вивільнення або приведення у дію відповідних ресурсів у рамках конкретного контексту, завдяки збагаченню "карти світу" даної людини.

2. Життя і свідомість є системними процесами. Отже,

а) процеси, що відбуваються в людині і під час взаємодії її з навколишнім середовищем, є системними;

б) неможливо повністю ізолювати яку-небудь частину системи від усієї решти системи. Люди не можуть не впливати один на одного. Взаємодії між людьми утворюють такі ланцюги зворотного зв'язку, що людина на самій собі випробовує результати дії її вчинків стосовно інших людей;

в) системи є такими, що самоорганізовуються і прагнуть до природного стану врівноваженості і стабільності. Немає поразок – є тільки зворотний зв'язок;

г) ніяка реакція, досвід або вчинок не мають сенсу поза своїм контекстом або поза відгуком, який вони за собою спричиняють. Будь-яка поведінка, досвід або реакція можуть слугувати ресурсом або обмежуючим чинником, залежно від того, наскільки вони узгоджуються з рештою системи;

ґ) не всі взаємодії в системі відбуваються на одному і тому самому рівні. Те, що є позитивним на одному рівні, може



виявитися негативним на іншому. Вельми корисно відділяти свій вчинок від власного Я, тобто позитивні наміри, функцію, переконання і тому подібне, що викликають цей учинок, від самого вчинку;

д) будь-яка поведінка (на певних рівнях) має "позитивний намір". Її сприймають або сприймали як позитивну і прийнятну в тому контексті, де вона одержала розвиток, і з погляду людини, що вчинила дію. Набагато легше і продуктивніше реагувати на "благий намір", ніж на проблемну поведінку;

е) навколишнє оточення і контексти змінюються. Одна і та сама дія не завжди приводитиме до одного і того самого результату. Для успішної адаптації і виживання необхідна певна гнучкість. Рівень гнучкості пропорційний варіативності решти частини системи. У міру ускладнення системи потрібна усе більша гнучкість;

є) якщо дії не знаходять очікуваного відгуку, необхідно варіювати поведінку, поки не досягнеш бажаного.

Усі моделі і техніка НЛП ґрунтуються на поєднанні цих двох принципів. Між світом і уявленням про цей світ ("картою") існує відмінність. Мудрість, етика та екологія не виникають з володіння однією "правильною" або "точною" "картою світу", бо її створення перевершує людські можливості. Завданням швидше є створення якомога точнішої, докладнішої "карти", яка віддавала б належне системній природі та екології людини і світу, в якому вона мешкає.

Екологія у термінології НЛП – це турбота про цілісність взаємозв'язків між особистістю і навколишнім середовищем, динамічна рівновага елементів у системі. Стосовно внутрішнього середовища екологія – це врівноваження взаємозв'язків між особистістю і її думками, поведінкою, здібностями, цінностями і переконаннями.

Розуміння симптомоутворення в НЛП можна проілюструвати поняттям імпринта. Імпринт – це значна подія, з якої сформувалося переконання або симптом. Імпринти можуть і травмувати, бути проблематичним досвідом, який привів до обмежуючих переконань або психосоматичних симптомів. Мета процесу ре-імпринтінгу – розширити вибір способів мислення про імпринт минулого досвіду, і зрештою змінити переконання про себе і про навколишній світ.

Коротка схема процесу ре-імпринтінгу:

1. Ідентифікація почуттів і образів, що асоціюються з безвихідним становищем або симптомом. Встановлення якоря. Закріплення симптому і досвіду почуття відповідним якорем.
2. Від'єднання людини від симптому. Нехай подивиться на подію, неначе бачить себе в кіно.
3. Ідентифікація позитивного наміру або другорядної переваги почуття безвихідного стану.
4. Установка якоря на ті ресурси або той вибір, яких людина колись потребувала, проте не мала, а зараз має.
5. Переграти сцену в досвіді імпринту, спостерігаючи, як досвід міг би змінитися, якби необхідні ресурси були доступні людині.
6. Переживання досвіду імпринту. Закріплення імпринту.
7. Утримуючи ресурсний якір, терапевт "повертає" людину в часі з погляду оригінального імпринту в теперішній час.

У НЛП розроблена терапевтична техніка – шестикроковий процес рефреймінгу, яким користуються для припинення небажаної поведінки шляхом надання кращих варіантів поведінки. Вже на відносно ранньому періоді розвитку НЛП надавали увагу розробленню психосоматичних проблем. Наприклад, у роботі "Формування трансу" Бендлер і Гріндер указують на ефективність проведення рефреймінгу для вирішення поширених психосоматичних проблем, таких як головні болі, шлункові кольки тощо.

Спочатку пацієнта вводять у стан трансу і потім виробляють рефреймінг, переконавшись, що пацієнт виробив альтернативну поведінку, в тому випадку, якщо це справді функціональна проблема. Потім, виводячи пацієнта зі стану трансу, необхідно перекрити кожний з його симптомів відповідною ситуацією. При цьому у терапевта є можливість використовувати сам симптом як сигнальну систему "Так-Ні". Наприклад, якщо пацієнт страждає мігренню, терапевт може заставляти його посилюватися – як сигнал "Так", і зменшуватися – як сигнал "Ні".

Коротка схема цього процесу така.

1. Спочатку визначити реакцію або симптом, що підлягає зміні.
2. Встановити комунікацію з частиною, відповідальною за цю реакцію.
3. Відділити позитивний намір від поведінки.
4. Попросити свою творчу частину виробити нові способи досягнення тієї самої мети.

5. Запитати частину, відповідальну за реакцію, чи згодна вона скористатися новими виборами замість старої поведінки. (Приєднання до майбутнього).
6. Екологічна перевірка.

Терапевтичний процес у НЛП орієнтований лише на результат. Хоча сенсорна спостережливість і гнучкість поведінки необхідні для адаптованого і правильно функціонуючого життя, вони є лише засобами для досягнення результатів. Отже, початковий і найважливіший крок будь-якої терапевтичної взаємодії (і взагалі будь-якої людської діяльності) є з'ясування і визначення результату.

У НЛП вважається, що первинна мета терапії досягнута, якщо пацієнт встановив для себе бажаний результат і працює у напрямі цього результату, причому результат задовольняє такі умови правильності.

1. Позитивне, ствердне формулювання результату: "Чого ви хочете", а не "Чого ви не хочете". Будьте уважні до слів, що вказують на заперечення: не треба, не повинен, припинити, не буде; "Я не хочу відчувати себе погано" – "Чудово, а як ви хочете себе відчувати?".
2. Реалізація результату самим пацієнтом, незалежність результату від зовнішніх джерел: "Як би ви хотіли змінитися?" Зосередьте увагу пацієнта на тому, що він може зробити, як він буде відповідальний за досягнення результату: "Я хочу, щоб моя дружина стала більш чутлива" – "Як би ви хотіли для цього змінитися самі?"
3. Опис бажаного стану за модальними і субмодальними характеристиками, а також отримання інформації про метапрограми, переконання, цінності, які підтримують бажаний стан: "Як ви взнаєте, що ви досягли результату? Як ви бачитимете, чутимете і відчуватимете себе і оточуюче, коли це відбудеться? Увійдіть до цього стану і покажіть мені, яким би ви були, якби досягли його". Слід орієнтуватися на те, що для пацієнта важливо в результаті і чому для пацієнта важливо його досягти.
4. Розміщення результату в належному контексті: "Коли, де, з ким ви хочете бути в бажаному стані". Будьте упевнені, що пацієнт з'ясував ситуації, для яких бажана поведінка підходить, і ситуації, для яких вона не підходить: "Я хочу бути наполегливим" – "В яких ситуаціях був би бажаніший інший підхід?"
5. Перевірка екологічності: "Як досягнення бажаного стану вплине на ваше життя?" Необхідно з'ясувати, наскільки конгруентне

бажання пацієнта досягти цього стану. Ретельно простежте, щоб жодна з переваг (вторинних вигод) актуального стану не була втрачена: "Я хочу бути незалежним" – чи "Втратите ви що-небудь цінне, ставши незалежним?"

6. Відповідність масштабу узагальнень. Якщо бажаний результат дуже величезний або глобальний, виділіть спершу один його менший компонент. Наприклад: "Я хочу, щоб життя приносило мені задоволення" – "В якій важливій галузі ви б найперше хотіли одержувати задоволення?"
7. Залежність результату від включеності ресурсних станів: "Які ресурси, внутрішні резерви вам потрібні для того, щоб досягти вашого результату і його підтримувати?" Наприклад: "Я хочу бути незалежним" – "Що вам потрібно, щоб бути незалежним?"
8. Відношення до актуального стану як до перешкоди в досягненні результату. Опис за субмодальними характеристиками актуального стану, а також метапрограм переконань, цінностей, метамодельних патернів, калібрування специфічної фізіології і невербальних маркерів, характерних для актуального стану. Особливу увагу приділяють відношенню до часу в описі актуального стану.
9. Підстроювання до майбутнього: "Подивіться і постарайтеся побачити себе таким, що із сторони вже змінився в майбутньому. Що ви робите? Чи подобається вам ця картина?". З'ясовувавши те, як пацієнт уявляє собі результат терапії, терапевт вже почав свою роботу. В результаті такого з'ясування можна одержати докладний опис справжнього і бажаного станів пацієнта, які використовуються для вибору терапевтичної стратегії – терапевтичної техніки або комплексу техніки.

3.14. Загальні техніки

Оскільки психологічний фактор під час психосоматичних розладів найголовніший, то його корекція значною мірою визначає зміст психотерапії – одного з компонентів лікувального і реабілітаційного процесу.

Коректувальні програми здебільшого повинні бути спрямовані на:

1) корекцію Я;

2) досягнення об'єктивності власної оцінки;
3) реабілітацію Я у власних очах і досягнення упевненості в собі;
4) корекцію системи цінностей, потреб, їхньої ієрархії, приведення домагань відповідно до своїх психофізичних можливостей;
5) корекцію ставлення до інших; досягнення здатності до емпатії і розуміння станів та інтересів інших людей;
6) набуття навичок рівноправного спілкування, здібності до запобігання і вирішення міжособистісних конфліктів;
7) корекцію неадекватного способу життя і пригніченості.

У цьому розділі представлена психотерапевтична техніка, яка може використовуватися незалежно від конкретного психосоматичного захворювання, спрямована на визначення причин хвороби, прояснення її сенсу і оцінку переваг хвороби екологічно.

Існує п'ять основних областей причин і значень хвороби. Будь-яка хвороба:

1) "дає дозвіл" піти від неприємної ситуації або від рішення складної проблеми;
2) надає можливість одержати турботу, любов, увагу оточуючих;
3) "дарує" умови для того, щоб переорієнтувати необхідну для дозволу проблеми психічну енергію або переглянути своє розуміння ситуації;
4) надає стимул для переоцінки себе як особи або зміни звичних стереотипів поведінки;
5) "усуває" необхідність відповідати тим високим вимогам, які пред'являють до вас оточуючі і ви самі.

Для того, щоб розібратися у проблемі вторинних вигод стосовно хвороби, необхідно вирішити дві основні задачі:

1) визначення потреб, які задоволені завдяки хворобі;
2) пошук шляхів задоволення цих потреб іншим чином (без участі хвороби).

Наведені нижче техніки узяті з наступних основних джерел: Ковальов, 1999; К. та С. Саймонтони, 1996; Кинг, Цитренбаум, 1998; Фанч, 1997; Радченко, 2001.

Техніка 1. **Визначення вторинних вигод захворювання**

Візьміть аркуш паперу і перерахуйте п'ять головних переваг, які вам дала найсерйозніша зі всіх ваших хвороб (їх – переваг – може бути і більше).

Переваги моєї хвороби:
1.____________________________
2.____________________________
3.____________________________
4.____________________________
5.____________________________

Прогляньте складений вами список і подумайте, які потреби лежать в основі переваг, що надала вам хвороба: ослаблення стресу, любов і увага, можливість вивільнити свою енергію тощо. Потім спробуйте визначити ті правила та уявлення (переконання, фіксовані ідеї), які заважають вам задовольнити ці потреби, не вдаючись до хвороби.

Техніка 2. **"Список того, що я терплю"**

Вправу можуть виконувати як в індивідуальному, так і в груповому варіанті. Кожен учасник групи мовчки вирішує, з яким психосоматичним симптомом він сьогодні працюватиме.

Учасникам роздають листи паперу та авторучки або олівці. Пропонують написати все те, що доводиться терпіти в житті – дощ (або сонце) за вікном, холодне (або гаряче) приміщення, не той колір шкарпеток, маленький (або високий) зріст партнера по шлюбу, відсутність грошей, погане місце служби (слово погане необхідно уточнити: віддалене від дому, з напруженим робочим днем, шкідливим начальником), власної ліні, чоловіка-алкоголіка, проблем в уряді, пожеж в Африці і Сибіру, лупи у волоссі і т.д. Обмежень немає. Учасників попереджають, що все написане залишається у них і цього ніхто не буде читати. На складання списку дається 5, іноді 10 хвилин.

Після написання пропонують на цьому самому ж або на іншому аркуші паперу розділити все написане на дві групи, які можуть бути рівними або нерівними і мають такі заголовки.

1. "Це я терплю і терпітиму, тому що ...".
2. "Це я терплю і не хочу терпіти, тому що ...".



Рекомендують під час розділення про себе промовляти кожну фразу і завершувати її.

Після завершення цього розділу пропонують продовжити роботу з другою групою. Її також розділяють на 2 групи:

2.1. "Це я терплю, не хочу терпіти і знаю, як змінити".

2.2. "Це я терплю, не хочу терпіти і не знаю, що робити".

Продовжується робота з другою групою. Пропонують відповісти на питання:

1) "Як ваше захворювання допомагає вам терпіти те, що ви не хочете терпіти і не знаєте як змінити?"
2) "Чому ви вибрали саме це захворювання у допомогу – у кого ви цього навчилися?"

Дають п'ять хвилин на те, щоб, використовуючи будь-яких членів групи, будь-які підручні предмети в залі створити портрет ("скульптуру") своєї хвороби.

***Техніка 3.* "Виявлення головних переваг хвороби"**

Незважаючи на очевидний факт існування низки причин захворювання, серед них завжди присутня якась Головна Перевага, що є своєрідним мета-тригером, що запускає і хворобу, і Переваги-Наслідки. При цьому Головна Перевага виступає своєрідним ядром вторинних вигод хвороби, і часто її перевизначення призводить до зникнення пов'язаних з нею Переваг-Наслідків.

Спробуйте визначити свою Головну Перевагу, щоб її пропрацювати найперше. Проте вам потрібно визначати не одну, а дві Головні Переваги: 1) виникнення хвороби і 2) її збереження.

Річ у тому, що зазвичай трапляється так, що хвороба виникає через якусь одну вторинну вигоду (наприклад, відхід від відповідальності). Але, виникнувши і прогресуючи, вона зберігається вже заради якоїсь іншої переваги (наприклад, утримування уваги близьких). Отже, спробуйте розібратися і з тим, і з іншим.

Оцініть ймовірність переваг виникнення і збереження хвороби за десятибальними шкалами, від 1 – "малоймовірно" до 10 – "мабуть".



Переваги будь-якої хвороби	Ймовірність того, що ця перевага виступає як причина:	
	виникнення моєї хвороби	збереження моєї хвороби
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Переваги, які ваше несвідоме оцінить як найімовірніші причини виникнення і збереження хвороби (окремо), і виявляться тими самими Головними Перевагами, з якими вам належить розібратися найперше.

Техніка 4. "Історія вашої хвороби"

Для того, щоб робота із з'ясування переваг вашої хвороби виявилася успішною, рекомендують заздалегідь пригадати особливості того життєвого періоду, який ви переживали безпосередньо перед виникненням захворювання. Ймовірно, він був дуже важким, і для того, щоб подолати ці труднощі, вам чогось не вистачало – або власних сил і часу, або допомоги оточуючих, або ще чого-небудь важливого. Тепер уявіть, що хвороба виявилася для вас благом, що дало змогу вам "на законних підставах" якось подолати неприємну ситуацію. Так в чому ж полягали переваги, які давала вам ваша хвороба?

1. Визначте у вашому минулому 3–6 випадків, коли у вас:

1) виникала "гостра" хвороба, що періодично повторювалась і переслідувала вас;
2) відбувалося загострення хронічного захворювання.

2. Тепер, починаючи з найпершого випадку, заповнюйте таблицю. Відповіді повинні бути достатньо просторовими.



Дайте відповіді на такі запитання \ Випадки повернення або загострення хвороби (вкажіть дати періодів)	1	2	3	4	5	6
1. Що передувало виникненню цього випадку хвороби? Що до нього призвело? Що виявилося тригером хвороби?						
2. Що ви робили під час цієї хвороби? Як лікувалися? Як відпочивали? Від чого відходили і до чого прагнули?						
3. Чому ви навчилися під час цієї хвороби? Що для себе визначили? Які висновки зробили?						
4. У чому була цінність того, чому ви навчилися? У чому полягала цінність одержаного досвіду і зроблених висновків?						

Така техніка надає дві можливості.

По-перше, визначити цикли і петлі вашого життя. Життя будь-якої людини складається з певних циклів, що виникають із завидною періодичністю. Усередині кожного циклу ми вирішуємо певні класи проблем, навчаючись якимсь новим життєвим навикам. Але якщо проблеми циклу не вирішуються, і ми не навчаємося того, чого повинні навчитися, виникає петля, і одні і ті ж проблеми знову і знову виникатимуть у житті, не даючи рухатися далі. Здебільшого хвороба – це саме наслідок такої петлі, незавершеного циклу або неосвоєних навичок.

По-друге, пункти 3 і 4 вищенаведеної таблиці призначені для того, щоб ви розібралися з тим, чого ви навчилися там і тоді (або чого ви повинні були навчитися), і визначили, в чому полягала (або повинна полягати) цінність досвіду, який, мабуть, дотепер так і залишається не освоєним вами.

Техніка 5. **"Визначення значень і вигод хвороби"**

Спробуйте самостійно і максимально чесно відповісти на наступні питання щодо вашої хвороби, ніби "розгортаючи" психічні аспекти вашого захворювання у площину "сенсу і потреби":

1. Що хвороба значить для вас?
2. Що означає для вас позбутися хвороби?
3. Як хвороба допомагає вам, які вигоди і компенсації ви одержуєте від хвороби?
4. У який спосіб хвороба дає вам більше сили та упевненості?
5. Як хвороба допомагає вам відчувати себе у безпеці?
6. Чого хвороба допомагає вам уникнути?
7. Як хвороба надає вам можливість одержувати більше уваги і любові?
8. Які почуття допомагає вам виразити хвороба?
9. Яким ви були до виникнення хвороби?
10. Що відбувалося у вашому житті, коли з'явилася хвороба?
11. Як усе змінилося після виникнення хвороби?
12. Що відбудеться, коли не буде хвороби?
13. Після того, як хвороба зникне, яким буде ваше життя через рік (через 5, 10, 20 років)?
14. У кого ще була або є тепер така хвороба, як у вас?

Техніка 6. **"Розвантаження хвороби"**

Розвантаження полягає у використовуванні списку спеціальних ключів для прояснення якоїсь заплутаної або затьмареної галузі. У загальному значенні це може бути і "Робота", і "Сім'я", і "Жінки", і багато чого іншого. У цьому випадку такою загальною темою для вас є "Хвороба", а точніше – "Захворювання".

Список "ключів розвантаження" – це прекрасний спосіб і одночасно схема проведення діалогу: з самим собою або з кимось іншим. Вона дає змогу або просто прояснити тему, або виявити те, що потребує додаткового прояснення або опрацьовування.

Список ключів розвантаження:

Відоме; Гадки; Ідеї; Думки; Почуття; Реакції; Рішення; Нерозв'язане; Спроби; Цікаве; Загадкове; Приховане; Дивне; Позитивне; Негативне; Корисне; Постійне; Міняється; Багатообіцяюче; Бажане; Нав'язане; Стримується; Не існує; Залишилося без відповіді; Неправильно зрозуміле.



Здійснюючи роботу з техніки розвантаження, ви повинні скласти низку питань на підставі кожного з цих ключів і відповісти на них. Так, для вашого випадку (розвантаження теми "Причини захворювання") ці питання виглядатимуть, скажімо так:

1. Що мені відомо про причини моєї хвороби?
2. Які Гадки у мене є із цього приводу?
3. Які Ідеї є із цього приводу?
4. Які Думки існують з приводу причин моєї хвороби?
5. Які Почуття викликає у мене питання про ці причини?
6. Які Реакції виникають унаслідок питань із цього приводу?
7. Які Рішення я маю з приводу причин моєї хвороби?
8. Що Нерозв'язне в цьому питанні?
9. Які Спроби я робив, щоб знайти причини моєї хвороби?
10. Що Цікаве в причинах моєї хвороби?
11. Що Загадкове для мене в цих причинах?
12. Що Приховане від мене та інших у причинах моєї хвороби?
13. Що Дивне в цих причинах?
14. Що в них Позитивне?
15. Що Негативне?
16. Що Корисне?
17. Що Постійне?
18. Що Міняється?
19. Що Багатообіцяюче?
20. Що Бажане?
21. Що Нав'язане?
22. Що Стримується в причинах моєї хвороби?
23. Чого Не існує в цих причинах?
24. Що Залишилося без відповіді в питанні про причини моєї хвороби?
25. Що Невірно зрозуміле в цьому питанні?

Техніка 7. **"Розблокування одужання"**

Розблокування – це також використовування в діалозі спеціального списку ключів для вивільнення якогось позитивного направлення. Ці ключі дають можливість скласти список змістовних питань, які за своєю суттю і природою здатні "розблоковувати" будь-яку область.

Цю роботу необхідно починати з чогось обов'язково позитивного: наміри, здібності або галузі життя, в якій людина досягла успіху. Це позитивне направлення має бути визначене або назване і нести "спричиняючий" сенс, тобто ви повинні в ньому бути причиною, а не наслідком. Саме тому нижче, стосовно психосоматики, ми використовуємо термін не "хвороба", а "одужання".

Ключі в списку розблокування – це здебільшого ті чинники, які можуть заважати досягти позитивного результату в одужанні.

Подаємо список ключів розблокування.

Стримувати; Перешкоди; Ресурси; Спроби; Невдачі; Наслідки; Оцінки; Внутрішні заборони; Нестримне; Нав'язливе; Помилки; Неспокій; Заважати; Ігнорувати; Неправильно розуміти; Змінюватися; Пригнічувати; Приховувати; Забувати; Заперечувати; Не вистачає; Досягати; Вчитися; Переконання.

Для того, щоб використовувати техніку розблокування, вам не важливий порядок ключів. Важливе питання, яке складається по кожному ключу. Конкретне формулювання не важливе – воно залежить від вашого підходу до теми. Воно може бути прямим, непрямим, опосередкованим тощо. Наприклад, ключ "неправильно розуміти" може бути переведений в питання щонайменше чотирма способами:

1. Можливо, я неправильно розумію щось, що стосується одужання?
2. Можливо, я неправильно розумію себе щодо одужання?
3. Можливо, хтось неправильно розуміє мене через одужання?
4. Можливо, я неправильно розумію, що таке одужання?

Ставити ці запитання (собі та іншим) треба як у минулому, так і в теперішньому часі, залишаючись, однак, зацікавленим у "теперішньому – для – майбутнього". Візьміть до уваги, що тема може яснішати у будь-який момент, після чого подальше її опрацьовування буде просто непотрібним, і ви можете припинити ставити питання. Якщо ж тема не з'ясовується, поверніться назад і продовжуйте "йти за списком".

Як було сказано вище, формулювання питань залежить від того, над чим ви працюєте і який підхід здається вам найбільш придатним. Нижче наводимо приклади питань для одужання з



кожним ключем, які можуть дати вам уявлення про формулювання.

1. Можливо, я якось стримую своє одужання?
2. Чи є якісь перешкоди до мого одужання?
3. Які ресурси у мене є для одужання?
4. Які спроби я роблю для одужання?
5. Чи бували у мене невдачі з одужанням?
6. Які можуть бути наслідки мого одужання?
7. Чи робить хтось оцінки щодо мого одужання?
8. Чи є у мене внутрішні заборони, пов'язані з одужанням?
9. Чи є у мене нестримні бажання щодо одужання?
10. Можливо, у мене є нав'язливі гадки щодо мого одужання?
11. Чи роблю я помилки стосовно свого одужання?
12. Можливо мене щось непокоїть з приводу мого одужання?
13. Чи заважає мені (хтось або щось) робити все можливе для мого одужання?
14. Чи ігнорую я/чимось щось в моєму одужанні?
15. Можливо, я і (або) інші неправильно розуміємо щось про моє одужання?
16. Чи змінилося щось у питанні мого одужання?
17. Чи пригнічую я щось стосовно свого одужання?
18. Можливо, хтось щось приховує щодо мого одужання?
19. Чи не забув я щось про моє одужання?
20. Чи заперечую я проти чогось у своєму одужанні?
21. Можливо, мені чогось не вистачає унаслідок мого одужання?
22. Чи досягну я чогось у тому, що торкається мого одужання?
23. Які уроки я беру з процесу свого одужання?
24. Чи є у мене якісь переконання щодо мого одужання?

Техніка 8. **"Зміна способу життя"**

Дайте відповідь на наведені нижче запитання:

1. Що значить для мене моє життя сьогодні?
2. Що воно могло б значити?
3. Що моє життя значить для інших сьогодні?
4. Що воно могло б значити для інших?

5. Що є для мене справді важливим (зазначте п'ять речей, явищ та інше, які ви цінуєте найбільше в житті) ?
6. Які пріоритети моїх цінностей (розставте їх у порядку важливості або значущості)?
7. Наскільки відображає мій нинішній спосіб життя ті цінності, які для мене важливі?
8. Які три дії я можу зробити, щоб змінити своє життя на краще?
9. Що ще я для цього зроблю?
10. Які зобов'язання наділяють моє життя сенсом?
11. Які переживання надають моєму життю сенс?
12. Які досягнення надають моєму життю сенсу?
13. Що примушує моє серце співати?
14. Що слугує для мене незмінним джерелом радості?
15. Що дає можливість мені відчути себе по-справжньому щасливим?
16. Що просто приносить мені постійне задоволення?
17. Наскільки зараз мій спосіб життя вміщає і включає:
    1) те, що додає моєму життю сенсу?
    2) те, що примушує моє серце співати?
    3) те, що слугує для мене джерелом радості?
    4) те, що дає змогу мені відчути себе по-справжньому щасливим?
    5) те, що регулярно приносить мені задоволення?
18. Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті стало більше того, що додає моєму життю сенсу?
19. Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті стало більше того, що примушує моє серце співати?
20. Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті стало більше того, що робить мене по-справжньому щасливим?
21. Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті стало більше того, що слугує для мене незмінним джерелом радості?
22. Які три дії я можу зробити, щоб у моєму житті стало більше того, що постійно приносить мені задоволення?

Техніки (№ 9 і 10), що наводимо нижче, краще виконувати в групі.

Техніка 9. **"Метафора тіла"**

Написати та обговорити з іншими членами групи 5–10 метафор власного тіла.

Під час обговорення таких метафор з іншими учасниками виявляються особливості ставлення до власного тіла, той "персональний матеріал", за допомогою якого можна удосконалити свої тілесні реакції, "налагодити" взаємостосунки зі своїм тілом. Іноді завдяки цій вправі ми одержуємо ключові слова для подальшої психотерапевтичної роботи.

Наприклад: моє тіло – неслухняне, як скринька з секретним замком; воно як важка зміна пори року; як бамбук, який ще гнучкий, але вже дуже твердий; як учень, який знав, але забув урок...

З цього прикладу видно деякі діагностичні можливості, крім того, кожне наведене порівняння – це матеріал для терапевтичної метафори, використовуваної в подальших сеансах.

Техніка 10. **"Реакція на стрес"**

Учасників розбивають на малі групи і партнери описують по вправі свою реакцію на стрес: де більше виражені його прояви – на ментальному або тілесному рівні (вербальні і невербальні реакції під час розповіді оцінює і потім обговорює партнер по вправі). Ця вправа дає змогу виділити пріоритетні реакції людини на складну життєву ситуацію.

Коли під час реагування переважають зміни поведінки, невротичні симптоми, такі як устрявання на обдумуванні, на певній емоції, безсоння, загальний неспокій, зайва рухливість або загальмованість, ми говоримо про пріоритет ментальних реакцій на стрес. Якщо ж реагування включає неприємні відчуття у будь-якій частині тіла, подальші порушення його функцій тощо, це більше відноситься до тілесного типу реагування.

Якщо в першому випадку дальший розвиток стресу підсилить невротичні реакції, то в другому, найімовірніше, виникнуть психосоматичні порушення. Ця вправа носить характер простого діагностичного тесту.

Розділ 4

Психологічний практикум: психодіагностика у психосоматиці



У разі встановлення психосоматичного діагнозу психотерапевт користується двома основними методиками – діагностичною бесідою та психологічним тестуванням.

Діагностична бесіда дає можливість зібрати психосоматичний анамнез, щоб привести не осмислені пацієнтом соматичні симптоми в зрозумілий смисловий зв'язок із зовнішньою і внутрішньою історією його життя.

Першочергова мета полягає у знаходженні зв'язків у часі між початком соматичних проявів і анамнестично-достовірними життєво важливими змінами або ж у констатації їхньої відсутності. Якщо такі зв'язки встановлюють, то подальша бесіда повинна прояснити, чи розуміє сам пацієнт значущість для розвитку захворювання тих неприємностей, які виникли у нього унаслідок конфліктів і криз. Це передбачає знання особистості пацієнта, умов його розвитку в дитинстві, конфліктів у процесі соціалізації, зосередження на них до останнього часу та уразливості щодо них з урахуванням ослаблення актуальності минулих переживань.

Під час вибору комплексу тестових методик для дослідження психосоматичних пацієнтів, треба врахувати такі принципи:

- відносна простота вживаних методик;
- швидкість їхнього проведення;
- повнота вивчення досліджуваного явища;
- взаємна доповнюваність вживаних методик;
- висока сумарна валідність;
- достатня чутливість до зміни спостережуваного явища у здорових і хворих, а також до зміни показників протягом лікування.



4.1. Діагностична бесіда

> У разі соматичного захворювання діагностична бесіда направлена на визначення насамперед нинішнього зовнішнього і внутрішнього стану пацієнта. Що знає пацієнт про своє захворювання? Яке значення має воно для нього зараз і в його житті загалом? Чи є у нього свій погляд, відповідно до якого він сам, його рідні, психотерапевти або ще хто-небудь відповідальні за це захворювання? Чи відповідає його знання про хворобу, її причини і перебіг психотерапевтичній оцінці?

Щоб знати, як діяти далі, необхідно розібратися в особливостях особистості пацієнта та історії його життя, що передувала хворобі. Чи були у нього у минулому інші захворювання? Чи є несприятлива спадковість? Як він справлявся дотепер із попередніми захворюваннями і як справляється з нинішнім? Чи є у нього свій погляд на ці труднощі, своя думка про особливі ситуації, які віддалили його від сім'ї і професії? Чи може він поділитися з іншими своїми думками, страхами і почуттями, надіями і відчаєм, які його охоплюють, коли він залишається один?

Чим вільніше і менш формально протікає бесіда, чим більше пацієнт розкриває себе психотерапевту, тим більше можливостей виявити "сценічний" характер його поведінки. Чи є пацієнт зразком типової проблематики міжособистісних відносин, в яких і виникли його конфлікт і спричинені ним порушення? Чи характерна для його проблем експансивна або стримана поведінка, корисна чи даремна в цих умовах його зустріч з психотерапевтом? Яка постава пацієнта, його манера розмовляти, як він відноситься до психотерапевта і до того, що психотерапевт втручається в його особисте життя?

Насамкінець, у першій же діагностичній бесіді необхідно з'ясувати, що пацієнт приховує від психотерапевта, незважаючи на велику кількість інформації, що він надає. Психотерапевт, зі свого боку, може оцінити психосоматичні зв'язки, що легко виявляються або приховані, відзначити виявлені ним співвідношення симптомів, залишити відкритим питання про невідомі поки обставини, які, на його думку, дали б змогу обговорити з пацієнтом питання прогнозу і можливостей лікування.

Перша бесіда має вирішальне значення для подальшого формування відносин психотерапевта і пацієнта. Рекомендовано вже перед першою зустріччю зробити установку на діагностично-терапевтичне використовування пацієнтом своїх чуттєвих реакцій. Важливі вказівки на свій конфлікт пацієнт дає тим, що використовує у відносинах з психотера-

певтом свою звичну систему відносин зі світом (звичні манери, переноси, механізми захисту тощо).

Протягом перших хвилин пацієнти зазвичай розслабляються. Вони із здивуванням помічають, що про проблеми, виявляється, можна говорити; при цьому можна піднімати дуже особисті питання, не маючи особливого збентеження.

Розмова із самого початку повинна також мати терапевтичні цілі. Це пацієнт повинен відчувати, оскільки він часто хотів би почати лікування з моменту, коли він переступить поріг кабінету.

Рекомендують використовувати навіть ледве відчутну структуризацію процесів, як метод дослідження, що дає змогу оцінювати як потреби, так і свободу пацієнта, які в його уявленні суперечать один одному, але психотерапевту дозволяють скласти загальну картину хвороби.

1. Спочатку ставлять запитання про скарги, що дали підставу для звернення до психотерапевта: "Що привело вас сюди?" Часто при відповіді на це питання заздалегідь інформований пацієнт указує конкретні симптоми або повідомляє вже готовий діагноз: "стенокардія", "виразка", "ревматизм". Ці скарги зобов'язують розпитати пацієнта про зміст його попередніх переживань. Треба налаштувати пацієнта до того, щоб він розповів про свій стан своїми словами. При цьому необхідно відзначати мовні звороти, якими він користується під час опису своїх скарг і картини своєї хвороби.
2. Наступне питання дає змогу уточнити час появи хворобливих переживань: "Коли ви це відчули вперше?" Встановлюються і періоди наступних погіршень і покращань. Анамнез життя в рамках загально-лікарської ситуації, коли психотерапевт одержує як психічні, так і соматичні дані, включає і соматичне обстеження.
3. Вирішальним для розуміння внутрішніх конфліктів і зовнішніх психосоціальних зв'язків є питання про життєву ситуацію до моменту початку хвороби: "Що відбулося у вашому житті, коли це трапилося? Що у той час з'явилося нового у вашому житті, хто з'явився у вашому житті і хто пішов з нього?" Це питання про "провали" в долі, про ситуації спокус і невдач, про зміни в службовій діяльності, житлових умовах. Пацієнт повинен при цьому викликати у себе спогади у формі вільних асоціацій. Оскільки про драматичні події пацієнти можуть повідомляти як про банальні зміни, які спливають в пам'яті і розцінюються як



дріб'язкові, на такі події треба звернути особливу увагу. Якщо ж неможливо встановити зв'язок між життєвими кризами і початком хвороби (у тому числі і при повторних бесідах), то психосоматичну природу захворювання ставлять під сумнів.

4. У випадку ретроспективного погляду життєві ситуації, що викликають хвороби, можуть виявлятися в дитинстві, юності і зрілому віці. "Розкажіть мені ще трохи про себе, мабуть, щось з дитинства", "Розкажіть трохи про своїх батьків" або "Якою ви були дитиною?", "Що було для вас важливою подією в житті?". Під час збирання анамнезу розмову ведуть про відносини з батьками, про розвиток у дитинстві, про службову кар'єру, про сексуальний розвиток.
5. Зрештою створюється картина особистості пацієнта загалом. Якщо взяти до уваги його душевні переживання і поведінку, то можна оцінити значення симптоматики, ситуації захворювання і даних анамнезу. "Що це означає для вас? Як ви це пережили?" – такі питання приводять самого пацієнта до розуміння власних способів реагування.

Звичайно, цей метод треба використовувати гнучко. Цільовий напрям від симптому до ситуації, анамнезу життя й особистості корисний як основна лінія бесіди.

Діагностична бесіда має частково характер провокації. Психотерапевт оперує підбадьорюванням, відвертими питаннями, які наштовхують пацієнта на відповіді, але не фіксують на них увагу, даючи лише напрями для роздуму: "Розкажіть мені про це докладніше. Як це переживалося вами тоді? Ми ще зовсім не говорили про сексуальність. Ви ще не сказали про свій шлюб". При цьому треба відмовитися від уявлення, що пацієнт все про себе знає. Бесіда повинна багато в чому вести до створення нових уявлень навіть з повідомлень, що не збігаються. Пацієнт повинен бути відкритим і критичним щодо своїх спогадів, нових асоціацій і поглядів, якщо вони можуть стати плідними. Найважливішими бувають ті моменти бесіди, коли пацієнт раптом замовкає, ніби наштовхнувшись на внутрішню перешкоду. Паузи в розмові – це "ворота" для прориву витіснених до того спогадів, неприборканих фантазій і, можливо, для наступаючого осяяння. Завжди треба пам'ятати, що дуже структурована, жорстко поставлена тема, надмірна кількість питань обмежують свободу пацієнта. Помилково також сприймати мовчання пацієнта "аналітично" і плутати ситуацію першого інтерв'ю із ситуацією психоаналітичного сеансу.

Багато разів зазначали, що психосоматичні хворі намагаються за допомогою хвороби утриматися в свого роду лабільній і хворобливій рівновазі. Соматичний симптом слугує їм для того, щоб зняти вантаж неусвідомлюваних конфліктів унаслідок перенесення частини своєї психічної енергії у фізичну сферу.

Вимога розробити в ході психотерапії інші і, як здається, кращі шляхи вирішення конфліктів мобілізує страх і посилює захист, який нерідко у формі раціоналізації використовується розхожою концепцією соматичної медицини, коли, наприклад, хворий на виразку говорить: "Лікарю, у мене не в порядку шлунок, а не голова".

Пацієнта, який вже довгий час прив'язаний до своїх симптомів, важко відразу переконати, що вони можуть бути пов'язані з труднощами емоційної природи. Набагато частіше він хоче бути переконаним у тому, що його страждання має органічну причину.

Такого роду опір особливо характерний для пацієнтів із функціональними больовими синдромами. Їхня внутрішня невпевненість і лабільність, примушує їх шукати психотерапевта, який підтвердив би наявність у них органічного захворювання і звільнив би їх від нього. При цьому вони часто змінюють психотерапевта.

Нездатність багатьох психосоматичних хворих усвідомлювати емоційні проблеми і відповідна цьому схильність до переоцінки соматичних проявів часто є виразом страху перед стигматизацією. Бо розділення на "пристойні" (органічні) і "непристойні" (психічні) захворювання широко поширене не тільки серед пацієнтів. І психотерапевти іноді побоюються ясно позначити в діагнозі психічну патологію.

До того ж ці клінічні картини часто важко розпізнати під час психосоматичних захворювань. На відміну від неврозів, де симптоми чітко фіксовані в психічній сфері, під час психосоматичних порушень, первинно пов'язаних з органними функціями, їхній зв'язок із психічними процесами часто не цілком виразний для психотерапевта і пацієнта.

Суб'єктивне ставлення пацієнта до своєї хвороби є важливим чинником початку, течії і результату захворювання.

Психотерапевт повинен брати до уваги вербальні і невербальні вирази пацієнта, він повинен бачити і чути. Вже на початку бесіди інформативними можуть бути такі факти та особливості: ставлення пацієнта до домовленості про консультацію, ранній прихід або спізнення на прийом, повідомлення надмірної інформації персоналу, вступні коментарі, прихід у супроводі членів сім'ї або без них, одяг, зачіска, вираз обличчя, міміка, жестикуляція, характер рукостискання, де і як усаджується па-



цієнт, звук його голосу і вибір слів, чи балакучий пацієнт, мовчазний, зітхає, дратівливий, ворожий, бунтар або доступний.

Люди, які приходять до психотерапевта, найчастіше неспокійні і напружені, оскільки повинні говорити про те, про що взагалі ніколи раніше не говорили або розказували дуже рідко. Їхні очікування різні. Частково вони розглядають психотерапевта як "мозкового хірурга", частково бачать у ньому мага і чарівника або незрозумілого ученого. У всіх випадках пацієнт пред'являє очікування мудрості і компетентності психотерапевта.

Ініціативу розмови надають пацієнту. При цьому добре підходить, наприклад, техніка "асоціативного анамнезу", яка дозволяє пацієнту постійні коливання між обома полюсами психічної і соматичної сфер. Спочатку пацієнт дає інформацію лише про свої органічні порушення, далі частіше замовкає в очікуванні запитань. Треба бути уважним, щоб не упустити момент, в який у дискусію можна підкинути ключове слово. Якщо повторити у цей момент одну з останніх фраз пацієнта у формі питання, він, зазвичай, дає додаткові відомості, значущі як для його емоційного життя, так і щодо органічного статусу. Так, він часто сам пов'язує свої соматичні симптоми з емоціями, оточенням і міжособистісними відносинами. Під час пауз у розмові, що позначаються як емоційні вузлові моменти, відбувається дослідження психотерапевта пацієнтом. Чи є психотерапевт людиною, яка не тільки слухає, але і може берегти таємницю? Взаємний аналіз ситуації відбувається ще до початку власне розмови.

Пацієнт повинен розглядатися як "суб'єкт", а не як "об'єкт". Чим сильніше виявляється емоційність пацієнта у процесі захворювання, тим вище, й емоційне залучення психотерапевта: чи виявляє він у себе підвищене співчуття або, навпаки, злиться на пацієнта і вважає його "несимпатичним". Він повинен розпізнавати ці особисті спонукання і контролювати їх підвищеним самосприйняттям. Він повинен завжди знати, що відбувається між ним і пацієнтом. Він має вільно думати і може мати "божевільні" думки, але діяти зобов'язаний обережно.

Психотерапевт, який може слухати, дозволяє пацієнту не тільки говорити про свої симптоми, але і висловлюватися про своє ставлення до світу, своїх близьких знайомих, свою приховану агресію і таємні бажання.

Пацієнт повинен відчувати, що він може говорити, не боячись чиїхось думок або осуду. Він може дозволити собі трошки агресії без встановлення стіни між собою і психотерапевтом, але повинен хотіти дові-

ритися. Можливо, він уперше дізнається про свої якнайглибші почуття, якщо відчує інтерес психотерапевта і здогадається про його мету – зрозуміти симптом як осмислену, з погляду пацієнта, складову частину його життя.

Надзвичайно важливим є спосіб формулювання питання психотерапевтом. Менш конкретне питання дає більший простір для асоціацій і тому є більш прийнятним. Дуже точне питання обмежує можливості відповіді і загрожує спонтанності розмови. Він може, проте, допомогти пацієнту, коли він спіткнеться через свою проблему, не зважиться торкнутися її. Таким чином можна іноді одержати відповідь, яка дасть цікаву інформацію про неусвідомлювані асоціації інтерв'юера. Особливо цінно, коли в ході розмови відбувається несподіваний для пацієнта поворот.

Часто пацієнти страждають від психосоціальних конфліктів, які можуть бути вирішені не психотерапевтом, а лише самим хворим. Психотерапевт може, втім, запропонувати цінну допомогу, виступаючи в ролі розуміючого партнера. В ході терапевтичної бесіди часто відчувається, як проблеми і конфлікти втрачають свою інтенсивність і без прямих порад або раціонального розуміння, часто вже тому, що пацієнт їх приймає.

4.2. Психодіагностичні опитувальники у психосоматичній практиці

Психологічні тести – це стандартизовані психодіагностичні методи, призначені для вивчення і оцінки (кількісної і якісної) своєрідних властивостей особистості в її переживаннях і поведінці. Значення психологічних тестів полягає у тому, що вони складені так, що з їхньою допомогою можна одержати об'єктивну оцінку стану пацієнта, незалежну від суб'єктивних думок дослідників. Це досягається шляхом високої стандартизації у проведенні та оцінюванні тесту.

Існує величезна кількість психологічних тестів, основаних на самозвіті пацієнтів, а також проективні тести (тести Люшера, Розенцвейга, Роршаха). Інтерпретація проективних тестів іноді складна і припускає багатоваріантність трактувань. Повнота інтерпретації залежить від кваліфікації психодіагноста.



Пропоновані тут методики не вимагають складного технічного оснащення і тривалого опрацювання результатів, прості і доступні.

Психологічні тести можуть доповнити, але ніяк не замінити загальну діагностику. В індивідуальній клінічній діагностиці вони мають допоміжне значення. Роль тестів у психосоматичних дослідженнях зростає, якщо їх проводять серед великого числа пацієнтів, оскільки тут використовують систематичні для всіх пацієнтів дані.

4.2.1. Клінічний опитувальник для виявлення соматизованих психічних порушень (СПП)

Спеціалісти інституту психіатрії і медичної психології імені В.М. Бехтерева (м. Санкт-Петербург) розробили "інструмент" обстеження, який дає змогу своєчасно виявляти і лікувати хворих із соматизованими психічними порушеннями СПП. Вона доповнює загальноприйняті в медичній практиці методи діагностичного обстеження (опитування, спостереження, клініко-психопатологічні і параклінічні дослідження тощо). Чітко виділяючи психічний та соматичний компоненти у структурі внутрішньої картини хвороби такий опитувальник сприяє орієнтації у виборі фахівця, параклінічних обстежень і методів терапії.

На підставі багаторічних досліджень понад 1400 хворих у лікарні пограничного профілю була встановлена патодинамічна структура СПП. У цій структурі "соматичний" компонент (тобто розлад тілесних відчуттів) виступає на перший план, а "психічний" компонент (тобто розлади власне психічної сфери) не усвідомлюється хворими і не виділяється лікарем. Проблема "актуалізації" психічної складової вирішується застосуванням спеціальних опитувальників астенії, депресії та іпохондрії, розроблених на основі ММРІ, відомих у літературі опитувальників і власних спостережень розробників.

Аналіз результатів опитування в період апробації методики показав, що у більшості хворих відмічається високий рівень "психічної" складової при різних соматичних захворюваннях. Ознаки астенії виявлялися у 60%, іпохондрії — у 57%, ознаки депресії — у 54% хворих. Загалом 80% поліклінічних хворих мали ті або інші психопатологічні проблеми. Відповідно до патодинамічної структури СПП, що складається з астенії, депресії та іпохондрії в складному переплетенні з патологічними тілесними відчуттями, виявлення за трьома опитувальниками по 7 і більш балів (в сумі 21 і більше) орієнтує дослідника відносно наявності СПП. Принаймні, такі самі результати засвідчують необхід-

ність спеціального психіатричного обстеження та психотерапевтичних втручань.

Хворого просять дати відповіді на запропоновані твердження у вигляді "+" (згоден, так) або "–" (не згоден, ні). За кожну позитивну відповідь нараховують 1 бал, який свідчить про вияв розладу. Наявність астенії, депресії або іпохондрії констатується при 7 і більше балах за кожною шкалою. Максимально можлива кількість набраних балів складає 39, мінімальна — 0. Опитувальник можуть заповнювати як психолог чи медична сестра, так і сам хворий.

Опитувальник астенії

1	Я відчуваю занепад сил	
2	Я став дратівливий	
3	Я швидко втомлююся від звичайних і звичних занять	
4	Я ледве переношу яскраве світло, звуки, сильні запахи	
5	Мені важко зосередитися	
6	Я став погано спати	
7	Моє самопочуття змінюється протягом дня	
8	Я відчуваю млявість і втому в тілі	
9	Мені важко стримувати свої почуття	
10	Мені важко думати і міркувати	
11	Часто ловлю себе на тому, що неодноразово повторююся в думках, діях, не доводячи їх до кінця	
12	Часто хилить до сну протягом дня	
13	Поступово погіршується пам'ять	
	УСЬОГО	

Опитувальник депресії

1	Життя мені здається пустим і безглуздим	
2	Не можу позбавитися неприємних думок, що приходять в голову	
3	Я відчуваю зниження енергії, занепад сил	
4	Я не можу робити щось, хоча знаю, що потрібно робити	
5	Я розчарувався в собі	
6	Я не маю сил примусити себе щось зробити	
7	Мені важко робити речі, які завжди були звичними	
8	Мені сумно (тужливо)	
9	Я не здатний мислити з такою ясністю, як раніше	
10	Я втратив інтерес до раніше приємних мені речей	
11	Моя пам'ять вже не та, що раніше	
12	Я не маю надій на майбутнє	
13	Я відчуваю себе менш щасливим, ніж решта людей	
	УСЬОГО	



Опитувальник іпохондрії

1	Я часто хвилююся, що у мене серйозна хвороба	
2	Мене часто непокоять больові відчуття в тілі	
3	Я уявляю собі, що відбувається в моєму організмі	
4	Я часто непокоюся за своє здоров'я	
5	Мене непокоять ознаки важкої хвороби	
6	Я хвилююся про те, як подолати свою хворобу	
7	Я хвилююся, якщо хтось говорить, що добре виглядаю, а я відчуваю себе погано	
8	Я вважаю, що мене непокоїть дуже багато інших симптомів	
9	Мені важко забути про себе і думати про інші речі	
10	Мені важко повірити лікарю, коли він говорить, що немає нічого серйозного, про що варто турбуватися	
11	Я вважаю, що оточуючі несерйозно сприймають мою хворобу	
12	Про своє здоров'я я турбуюся більше, ніж інші	
13	Я боюся захворіти	
	УСЬОГО	

4.2.2. Клінічний опитувальник MMPI: діагностика психосоматичних проявів

Найбільшого поширення у клінічній медицині психосоматичних порушень набув тест MMPI, який містить 566 питань і намагається охопити клінічно визначувані риси особистості (іпохондричні, істеричні, психопатичні властивості, тенденції маскулінізації-фемінізації, параноїдні, психастенічні, шизоїдні і маніакальні риси, а також соціальна інверсія).

У цьому посібнику не наводимо ні текст багатомірного особистісного опитувальника (MMPI), ні його скорочений варіант – Міні-Мульт, оскільки вони, по-перше, досить громіздкі, по-друге, легкодоступні у спеціальній психологічній літературі. У цьому розділі звернемо лише увагу на особливості профілів методики, які можуть свідчити про наявність психосоматичних порушень або схильність особистості до них.

Найбільш інформативна в цьому плані 1-ша шкала – Іпохондричність або Соматизація тривоги. Шкала містить 33 твердження, що мають відношення до основних соматичних функцій. Твердження сформульовані зазвичай невизначено, розпливчасто, що дає можливість

виявити індивідуальну реакцію досліджуваного, емоційну значущість для нього його соматичних відчуттів і підвищену увагу до стану свого фізичного здоров'я. Ці твердження не пов'язані з якою-небудь однією функцією і певною системою організму, а торкаються загального самопочуття, працездатності, скарг на порушення соматичних функцій (травлення, серцевої діяльності та інше), больових і незвичних відчуттів. Такі, наприклад, твердження: "Велику частину часу Ви відчуваєте загальну слабкість", "Часто Вас турбують болі в серці і грудях" (типова відповідь "вірно") або "Останніми роками Ваше самопочуття було зазвичай хорошим" (типова відповідь "невірно"). Оскільки використані в таких твердженнях вирази "велику частину часу", "часто", "зазвичай" відрізняються невизначеністю, реакція випробовуваного відображає значущість для нього згаданих відчуттів, інтенсивність прагнення звернути на них увагу дослідника, загальну оцінку стану свого здоров'я.

Підйом профілю на першій шкалі виникає, якщо тривога відноситься суб'єктом за рахунок стану свого фізичного здоров'я, і відображає виявлення іпохондричної тенденції.

Додавання до результату, одержаного під час пред'явлення тверджень, що входять в першу шкалу, 0,5 первинного результату, одержаного за шкалою К, дає змогу коригувати небажання випробовуваного скаржитися на очевидну для нього соматичну патологію або недостатнє усвідомлення випробовуваним значущості для нього його соматичних відчуттів.

Занепокоєння станом свого фізичного здоров'я, яке виникає на фоні високого рівня тривоги і виражається підйомом профілю у першій шкалі, спочатку ґрунтується на відчуттях, що відображають пов'язані з тривогою серцево-судинні порушення (наприклад, *серцебиття*, стиснення у ділянці серця, болі в цій ділянці), симптоми з боку шлунково-кишкового тракту, м'язові і суглобові болі. Тривога таким чином соматизується, конкретизується, створюється система її інтерпретації, оскільки відчуття погрози переноситься з міжперсональних стосунків на процеси, що відбуваються у власному організмі, зокрема, на неприємні фізичні відчуття, пов'язані з тривогою зміни вегетативно-гуморального регулювання. При цьому відбувається зниження рівня тривоги, відчуття невизначеної погрози.

Висхідна підвищена увага до себе, обумовлююча таке перенесення, поєднується з недостатньою здатністю контролювати свої емоції. Навіть при відносно невеликих підйомах профілю у першій шкалі виявляється схильність до скарг, а при виражених піках – постійна заклопотаність

своїм фізичним станом, песимізм і невіра в успіх, особливо відносно медичної допомоги. Власний соматичний стан перетворюється на об'єкт ретельного вивчення, в ході якого для позначення тих або інших відчуттів може створюватися спеціальна термінологія.

Навіть якщо спочатку зажуреність у свій фізичний стан пов'язана з реально існуючою соматичною патологією, подальший розвиток стану в осіб з вираженим піком на першій шкалі характеризується тим же тривалим, ретельним самоспостереженням і формуванням пояснюючої концепції свого захворювання. Заглиблення уваги у власні соматичні процеси призводить до високої резистентності поведінки по відношенню до зовнішніх дій, яку оточуючі зазвичай описують як незговірливість і упертість. Ці якості, наявність власної концепції захворювання і скептицизм відносно ефективності лікарських заходів дуже утруднюють терапію, особливо психотерапію.

Іпохондричні тенденції, що спричинюють у профілі методики ММРІ домінуючий підйом на першій шкалі, неоднорідні. Такого типу профілі можуть спостерігатися у двох груп досліджуваних. Найчастіше виникнення підйому профілю на першій шкалі спостерігається у тривожних осіб, особливо за наявності конституціональних рис, що визначають відносну легкість виникнення і виявлення вегетативного компонента тривожних реакцій. У цих випадках появі піку профілю на першій шкалі зазвичай передує профіль з провідною другою шкалою. Виявлення піку на першій шкалі відображає не лише значущість для випробовуваного певних соматичних відчуттів, але і появу тенденції до виникнення нових і мінливих. В основі уявлення про хворобу лежить потреба пояснити зростаючу кількість відчуттів і виникаюче на цій основі надцінне ставлення до свого соматичного стану ("іпохондрія пояснення").

Підвищення профілю на першій шкалі може також спостерігатися, хоча і рідше, ніж у тривожних суб'єктів, у ригідних осіб, що характеризуються підвищеною стійкістю афективно насичених переживань і виникненням на цій основі важко коригованих концепцій. У цих випадках нерідко навіть невелике (особливо таке, що повторюється) нездужання в результаті афективної насиченості переживання стає джерелом тривалої ідеаторної переробки. Провідну роль при таких станах виконують не сенестопатичні відчуття, а їхнє тлумачення, один раз виникла ригідна концепція не вимагає для свого існування постійного сенсорного підкріплення.

Карта профілю на інших шкалах дає змогу диференціювати ці типи особистості. Але в обох випадках підвищення профілю на першій шкалі

може збільшуватися в результаті описаного К. Леонгардом "розгойдування" – поперемінного представлення сприятливого і несприятливого результату ситуації, зміни упевненості у наявності фізичного страждання, небезпечного або навіть невиліковного, надією на те, що такого захворювання немає. Зазначимо, що в анамнезі в осіб з вираженим піком профілю на першій шкалі часто трапляються ситуації, сприяючі подібному розгойдуванню, головно повторні медичні обстеження із суперечливими лікарськими висновками. У цих випадках посилення іпохондричної тенденції породжує нові відчуття, які, підсилюючи початкову тривогу, слугують об'єктом аналізу і базою для подальшого наростання побоювань, пов'язаних з можливістю важкого захворювання. Таке наростання побоювань може виникати і внаслідок ятрогеній, необережних висловлювань лікарів або медичного персоналу, що створює або підсилює відчуття небезпеки.

Отже, підвищення профілю на першій шкалі відображає соматизацію тривоги, здійснювану не безпосередньо, як це має місце у демонстративних особистостей, а через інтрапсихічну переробку вегетативних проявів, пов'язаних з тривогою.

Підвищення профілю на першій шкалі може іноді зустрічатися також у осіб, які широко декларують можливість виникнення або наявність у них небезпечних або невиліковних захворювань (рак, лейкоз і т.п.), не звертаючись до лікарів і не роблячи ніяких спроб обстеження і лікування. У цих випадках зниження рівня тривоги досягається, власне кажучи, не за рахунок соматизації, а за рахунок дотримання певного ритуалу, який повинен запобігти можливій загрозі.

Для характеристики особливостей особистості має також значення співвідношення результатів, отриманих за першою шкалою і за шкалою К, якщо значна (або навіть велика) частина первинного результату, що зумовлює пік профілю на першій шкалі, одержана не за рахунок самої цієї шкали, а за рахунок корекції (тобто додавання 0,5 первинного результату, одержаного за шкалою К), то можна говорити про наявність підвищеного занепокоєння за стан свого фізичного здоров'я у поєднанні з небажанням пред'являти скарги на соматичну патологію. В тому випадку, якщо пік профілю на першій шкалі утворюється здебільшою за рахунок корекції і не виходить за межі 70 балів або трохи перевищує ці межі, може мати місце не стільки власне занепокоєння про здоров'я, скільки організація поведінки, орієнтованої на турботу про нього (спеціальний режим, дієта тощо).



Особи з низьким рівнем профілю у першій шкалі не стурбовані станом свого здоров'я, більш діяльні та енергійні й за інших рівних умов успішніше вирішують свої труднощі, використовуючи більш адаптивні форми поведінки.

Групу, за якою визначалася валідність шкали, склали хворі, психопатологічна симптоматика яких визначалася явищами сенестопатичної іпохондрії, надцінними ідеями хвороби або нав'язливими сумнівами в своєму соматичному здоров'ї.

Поєднання підйому за першою і другою шкалами

Якщо є виражене підвищення профілю на першій шкалі при піку його на другій, то зниження настрою, утруднення в соціальних контактах супроводять дратівливість і тривога за стан свого здоров'я. У соматичних скаргах відображується відчуття загрози і недостатності уваги з боку оточуючих, незадоволена симбіотична тенденція. Значущість цих скарг підкреслюється зв'язком з життєво важливими функціями (кардіальні відчуття, відчуття нестачі повітря, головний біль, втрата апетиту і сну). Скарги на шлунково-кишкові розлади менш характерні. Занепокоєння через стан свого фізичного здоров'я зазвичай починає домінувати в клінічній картині, якщо при збереженні підвищення профілю на другій шкалі відмічається пік його на першій.

Підвищення профілю у третій і першій шкалах

Пік на третій шкалі часто поєднується з підйомом на першій. У цьому випадку рівень профілю на другій шкалі виявляється нижче, ніж на першій і третій, і профіль на перших трьох шкалах набуває форми римської цифри V, через що цей варіант профілю в літературі, присвяченій оригінальному варіанту MMPI, одержав найменування конверсійного V. Цей тип профілю відображає усунення тривоги (зниження профілю у другій шкалі) за рахунок соматизації (підвищення профілю на першій шкалі) та витіснення її з формуванням демонстративної поведінки (підвищення профілю у третій шкалі). Реакції такого типу дають змогу тлумачити життєві труднощі, нездатність виправдати очікування оточуючих, невідповідність власному рівню домагань із соціально прийнятного погляду, яка представляється раціональною і самому випробовуваному. Ці реакції можуть здійснюватися, по-перше, за рахунок появи соматичної симптоматики, яка дає змогу раціонально пояснити складнощі і, по-друге, за раху-

нок виникнення непсихотичної психопатологічної симптоматики, яка виражається в скаргах на стомлюваність, дратівливість, нездатність до концентрації уваги тощо.

Соматичні скарги так само, як і скарги осіб, профіль яких визначається піком на першій шкалі, можуть супроводжуватися виникненням сенестопатичних відчуттів, які в цих випадках часто відносяться до шкіри і скелетної мускулатури, а не лише до внутрішніх органів. Песимізм, явно виражений в осіб з ізольованим піком профілю на першій шкалі, зменшується у міру підвищення профілю в третій.

Треба взяти до уваги, що аналогічні типи профілю нерідко відмічаються у разі соматичних захворювань, у генезі яких важливу роль виконують особистісні особливості і ситуації емоційного стресу (хвороба виразки, транзиторні форми артеріальної гіпертонії, мігрень) і, очевидно, відображають характерні для цих станів психосоматичні співвідношення.

Для психосоматичних синдромів у MMPI характерний зубець "V" (див. рис. 1). Високими є оцінки показників, типових для істеричного характеру, а також для конверсійної істерії. Підвищені також показники шкали психопатії.

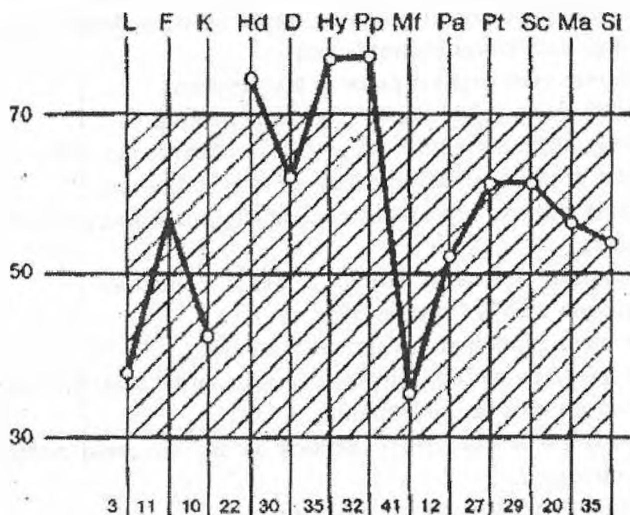


Рис. 1. Психосоматичне "V" є MMPI:

шкали іпохондрії (Hd), депресії (D) та істерії (Hy) утворюють фігуру "V". Підвищені також показники шкали психопатії. Показники контрольних шкал (L – шкала брехливості, вказує на наявність свідомого або неусвідомлюваного спотворення; F – глобальний захист; K – втрата корекції) свідчать про те, що інтерпретація шкал ще можлива.



Підвищення профілю у четвертій і першій шкалах

У разі поєднання піків профілю на четвертій і першій шкалах стурбованість про стан свого фізичного здоров'я буде тим більше "затушовувати" асоціальні прояви, чим вищий пік на першій шкалі по відношенню до піку на четвертій. При цьому соматичні скарги використовуються для тиску на оточуючих, зокрема лікарів, родичів, співробітників, з метою отримання переваг і раціонального пояснення незадоволеності своїм місцем у групі, відчуття несправедливості, ізольованості і т.п. Унаслідок цього явно асоціальна поведінка за такого типу профілю зустрічається рідко, а соматичні скарги відрізняються великою сталістю і резистентністю до терапевтичної дії.

У деяких випадках пік на першій шкалі виявляється не постійно, а з'являється унаслідок соматизації тривоги, що виникла через викриття асоціальних дій випробовуваного, але і в цих випадках, коли разом з піком на четвертій шкалі визначається пік на першій, асоціальні тенденції виявляються в описаній вище непрямій формі.

Підвищення профілю у шостій і першій шкалах

Поєднання піку профілю на шостій шкалі з піком на першій характерне для осіб, у яких занепокоєння станом фізичного здоров'я розвивається на базі афектної ригідності. При цьому число неприємних фізичних відчуттів може бути відносно невеликё, але значущість соматичних відчуттів і їхній вплив на поведінку дуже високі. При цьому звичайно є не невизначене занепокоєння про стан свого здоров'я, а добре розроблена концепція захворювання. У тих випадках, де розроблення подібної концепції не повністю усуває тривогу, відмічається підвищення профілю також на другій і на сьомій шкалах. Чим вища шоста шкала по відношенню до першої, тим меншу роль виконує власне соматизація і тим більше значення ригідного афекту і генералізованої паранойяльної установки. При вираженому піку профілю на шостій шкалі, особливо якщо він суттєво вищий, ніж пік на першій, турбота про стан соматичного здоров'я виступає лише як тема, за допомогою якої виражається афектна ригідність і формуються важко кориговані концепції або навіть іпохондричне марення (в останньому випадку звичайно є виражений пік і на восьмій шкалі).

Підвищення профілю у дев'ятій і першій шкалах

Якщо підвищена активність, високе честолюбство, і самооцінка, що відображається у підвищенні профілю на дев'ятій шкалі, поєднуються з неможливістю досягти бажаного положення і реалізувати актуальні прагнення, а виникаюча тривога відноситься на рахунок соматичного стану, то в профілі MMPI спостерігається одночасне підвищення у першій шкалі.

Люди цього типу зазвичай вважають себе соматичними хворими і негативно відносяться до спроби трактувати їхні скарги як наслідок ситуативних або емоційних утруднень. Їхня поведінка характеризується або напруженістю і активним прагненням до соматичної терапії, або демонстративним оптимізмом і прагненням підкреслювати свою стійкість перед лицем важкої недуги. Останній варіант особливо вірогідний, якщо підвищена також і третя шкала, тобто якщо має місце не пік на першій шкалі, а конверсійне V.

Підвищення профілю у нульовій і першій шкалах

При піках профілю на першій і нульовій шкалах можна говорити про обмеження сфери спілкування у зв'язку з відчуттям соматичного неблагополуччя, тоді як протилежне ставлення (пік профілю на першій шкалі у разі зниження його на нульовій) зазвичай указує на поєднання схильності пред'являти соматичні скарги і песимістично оцінювати свою перспективу (потреба повідомити про це якомога ширше коло осіб).

4.2.3. Методика "Індикатор копінг-стратегій" (Д. Амірхан)

Методика адаптована в Психоневрологічному науково-дослідному інституті ім. В. М. Бехтерева.

Інструкція. Ми цікавимося, як люди справляються з проблемами, труднощами і неприємностями в житті. На бланку представлено декілька можливих шляхів подолання проблем, неприємностей. Ознайомившись з твердженнями, Ви зможете визначити, які із запропонованих варіантів Ви зазвичай використовуєте. Всі Ваші відповіді залишаться невідомими стороннім. Спробуйте пригадати про одну з серйозних проблем, з якою Ви зіткнулися за останній рік, яка примусила вас неабияк турбуватися. Опишіть цю проблему в декількох словах.



Тепер, читаючи наведені нижче твердження, виберіть один із трьох найприйнятніших варіантів відповіді для кожного твердження.

Текст опитувальника

1. Дозволяю собі поділитися переживанням з другом.
2. Прагну зробити все так, щоб мати нагоду найкраще розв'язати проблему.
3. Здійснюю пошук усіх можливих рішень, перш ніж щонебудь зробити.
4. Намагаюся відвернутися від проблеми.
5. Приймаю співчуття і розуміння кого-небудь.
6. Роблю все можливе, щоб не дати оточуючим можливість побачити, що мої справи погані.
7. Обговорюю ситуацію з людьми, оскільки обговорення допомагає мені відчувати себе краще.
8. Ставлю для себе певні цілі, що дають можливість поступово справитися з ситуацією.
9. Дуже ретельно зважую можливості вибору.
10. Фантазую, мрію про кращі часи.
11. Пробую різними способами вирішити проблему, поки не знайду найбільш відповідний.
12. Довіряю свої страхи родичу або другові.
13. Більше часу, ніж звично, провожу один.
14. Розказую людям про ситуацію, оскільки тільки її обговорення допомагає мені дійти до її вирішення.
15. Думаю про те, що потрібно зробити, щоб виправити положення.
16. Зосереджуюся повністю на рішенні проблеми.
17. Обдумую про себе план дій.
18. Дивлюся телевізор довше, ніж звично.
19. Йду до кого-небудь (друга або фахівця), щоб він мені допоміг відчувати себе краще.
20. Проявляю завзятість і борюся за те, що мені потрібно в цій ситуації.
21. Уникаю спілкування з людьми.
22. Зосереджуюся на хобі або займаюся спортом, щоб уникнути проблеми.
23. Йду до друга, щоб він допоміг мені краще усвідомити проблему.

24. Йду до друга за порадою – як виправити ситуацію.
25. Приймаю співчуття, взаємне розуміння друзів, у яких така сама проблема.
26. Сплю більше звичного.
27. Мрію про те, що все могло бути інакше.
28. Представляю себе героєм книг або кіно.
29. Намагаюся розв'язати проблему.
30. Хочу, щоб люди залишили мене одного.
31. Приймаю допомогу від друга або родича.
32. Шукаю заспокоєння у тих, хто знає мене краще.
33. Пробую ретельно планувати свої дії, а не діяти імпульсно.

Реєстраційний бланк методики "Індикатор копінг-стратегії"

П.І.П.________________________ Дата__________

Вік_______________ Освіта______________

Номер за порядком	Так	Ні	Номер за порядком	Так	Ні	Номер за порядком	Так	Ні
1			12			23		
2			13			24		
3			14			25		
4			15			26		
5			16			27		
6			17			28		
7			18			29		
8			19			30		
9			20			31		
10			21			32		
11			22			33		

Ключ

Шкала "вирішення проблем" – відповіді "так" у пунктах 2, 3, 8, 9, 11, 15, 16, 17, 20, 29, 30.

Шкала "пошук соціальної підтримки" – відповіді "так" у пунктах 1,5,7,12,14,19,23,24, 25, 31, 32.

Шкала "уникання проблем" – відповіді "так" у пунктах 4, 6, 10, 13, 18, 21, 22, 26, 27, 28, 30.



Оцінка результатів

Вирішення проблем:

11–16 балів – дуже низьке;
17–21 бал – низьке;
22–30 балів – середнє;
31 і вище – високе.

Пошук соціальної підтримки:

нижчі 13 балів – дуже низький;
14–18 балів – низький;
19–28 балів – середній;
29 і більше балів – високий.

Уникання проблем:

11–15 балів – дуже низьке;
16–23 бали – низьке;
24–26 балів – середнє;
27 і більше балів – високе.

4.2.4. Методика діагностики рівня емоційного вигорання В.В. Бойко

У практичній роботі з пацієнтами широкого визнання та використання набула методика, розроблена російським психологом В.В. Бойком. Тест складається з 84 тверджень, з кожним з яких можна погодитися або не погодитися. Орієнтовний час для проходження тесту – 15 хвилин.

В результаті тестування визначають, наскільки у досліджуваного проявляються кожен із 12 симптомів емоційного вигорання, підраховують суму показників симптомів для кожної з трьох фаз формування "вигорання", а також знаходять остаточний показник синдрому вигорання.

Інструкція: читаючи ствердження, відповідайте "так" або "ні". Також зверніть увагу, що, якщо у формулюванні запитальника йде мова про партнерів, то мають на увазі суб'єкти вашої професійної діяльності – пацієнти, клієнти, замовники, учні чи інші люди, з якими ви щодня працюєте.

ТЕСТ

1. Організаційні недоліки на роботі постійно примушують переживати, напружуватись.
2. Сьогодні я задоволений своєю професію не менше, ніж на початку кар'єри.
3. Я помилився у виборі професії або профілю діяльності (займаю не своє місце).
4. Мене турбує те, що я став гірше працювати (менш продуктивно, менш якісно, повільніше).
5. Теплота взаємостосунків з партнерами дуже залежить від мого настрою – доброго чи поганого.
6. Від мене як від професіонала мало залежить благополуччя партнерів.
7. Коли я приходжу з роботи додому, то деякий час (2–3 години) мені хочеться побути наодинці, щоб зі мною ніхто не розмовляв.
8. Коли я відчуваю втому чи напруження, то стараюсь якнайшвидше вирішити проблеми партнера (згорнути взаємодію).
9. Мені здається, що емоційно я не можу дати партнерам те, що вимагає професійний обов'язок.
10. Моя робота притуплює емоції.
11. Я дуже втомився від людських проблем, з якими доводиться мати справу на роботі.
12. Буває, що я погано засинаю (сплю) через переживання, пов'язані з роботою.
13. Взаємодія з партнерами вимагає від мене великого напруження.
14. Робота з людьми приносить мені все менше задоволення.
15. Я б не змінював місце праці, якщо б з'явилась така можливість.
16. Мене часто розчаровує те, що я не можу надати партнеру професійну підтримку, послугу, допомогу.
17. Мені завжди вдається попередити вплив поганого настрою на ділові контакти.
18. Мене дуже розчаровує, коли щось не лагодиться у стосунках з діловим партнером.
19. Я настільки втомлююсь на роботі, що вдома стараюсь спілкуватись якомога менше.



20. Через нестачу часу, втому чи напруження часто приділяю увагу партнеру менше, ніж треба.
21. Інколи звичайні ситуації спілкування на роботі викликають у мене роздратування.
22. Я спокійно сприймаю обґрунтовані претензії партнерів.
23. Спілкування з партнерами спонукає мене сторонитися людей.
24. Коли згадую про деяких колег по роботі або партнерів у мене псується настрій.
25. Конфлікти або непорозуміння з колегами забирають багато сил та емоцій.
26. Мені все важче встановлювати або підтримувати контакти з діловими партнерами.
27. Обстановка на роботі мені здається дуже важкою, складною.
28. У мене часто виникають тривожні очікування, пов'язані з роботою: щось повинно статися, якби не допустити помилки, чи зможу я зробити все, як треба, чи мене не скоротять на роботі і т.п.
29. Якщо партнер мені неприємний, я обмежую час спілкування з ним або менше приділяю йому уваги.
30. У спілкуванні на роботі я дотримуюсь принципу: "Не роби людям добра, не отримаєш зла".
31. Я охоче розповідаю своїм домашнім про свою роботу.
32. Бувають дні, коли мій емоційний стан погано відбивається на результатах моєї роботи (менше роблю, знижується якість, трапляються конфлікти).
33. Часом я відчуваю, що варто проявити до партнера емоційне співпереживання, але не можу.
34. Я дуже переживаю за свою роботу.
35. Партнерам по роботі віддаєш більше уваги та турботи, ніж отримуєш від них вдячності.
36. Коли думаю про роботу, зазвичай мені стає не по собі: починає колоти в ділянці серця, підвищується тиск, з'являється головний біль.
37. У мене добрі (цілком задовільні) стосунки з безпосереднім керівником.
38. Я часто радію, коли бачу, що моя робота приносить користь людям.

39. Останнім часом (або як завжди) мене переслідують невдачі на роботі.
40. Деякі сторони (факти) моєї роботи викликають глибоке розчарування.
41. Бувають дні, коли контакти з партнерами складаються гірше, ніж звичайно.
42. Я розділяю ділових партнерів (суб'єктів діяльності) на "хороших" і "поганиих".
43. Втома від роботи призводить до того, що я стараюсь скоротити спілкування з друзями та знайомими.
44. Зазвичай я проявляю інтерес до особистості партнера крім того, що стосується справи.
45. Зазвичай я приходжу на роботу бадьорим, зі свіжими силами, в доброму настрої.
46. Я інколи ловлю себе на тому, що працюю з партнерами автоматично, без душі.
47. По роботі зустрічаються такі неприємні люди, що вже і сам бажаєш їм чогось поганого.
48. Після спілкування з неприємними партнерами в мене буває погіршення фізичного або психічного самопочуття.
49. На роботі я відчуваю постійні фізичні або психологічні перенапруження.
50. Успіхи в роботі надихають мене.
51. Ситуація на роботі, в якій я опинився, здається безвихідною (майже безвихідною).
52. Я втратив спокій через роботу.
53. Протягом останнього року була скарга (були скарги) на мою адресу з боку партнера(ів).
54. Мені вдається зберегти нерви завдяки тому, що багато з того, що відбувається з партнерами я не беру близько до серця.
55. Я часто з роботи приношу до дому негативні емоції.
56. Я часто працюю через силу.
57. Раніше я був більш чуйним та уважним до партнерів, ніж тепер.
58. У роботі з людьми керуюсь принципом: не витрачати нерви, берегти здоров'я.
59. Інколи йду на роботу з важким відчуттям: як все набридло, нікого б не бачити і не чути.



60. Після напруженого робочого дня я відчуваю нездужання.
61. Контингент партнерів, з яким я працюю, дуже важкий.
62. Інколи мені здається, що результати моєї роботи не варті тих зусиль, які я витрачаю.
63. Якщо б мені пощастило з роботою, я був би щасливішим.
64. Я у відчаї через те, що на роботі у мене серйозні проблеми.
65. Інколи я поводжуся зі своїми партнерами так, як би не хотів, щоб поводилися зі мною.
66. Я засуджую партнерів, які розраховують на особливі поблажки, увагу.
67. Найчастіше після робочого дня у мене немає сил займатися домашніми справами.
68. Зазвичай думаю: швидше б робочий день закінчився.
69. Стан, прохання, потреби партнерів зазвичай мене дуже хвилюють.
70. Працюючи з людьми, я зазвичай, ставлю екран, що захищає від чужих страждань та негативних емоцій.
71. Робота з людьми (партнерами) дуже розчарувала мене.
72. Щоб відновити сили, я часто приймаю ліки.
73. Здебільшого, мій робочий день проходить спокійно та легко.
74. Мої вимоги до виконуваної роботи вищі, ніж те, чого я досягаю в силу обставин.
75. Моя кар'єра склалася вдало.
76. Я дуже нервуюсь через усе, що пов'язане з роботою.
77. Деяких зі своїх постійних партнерів я не хотів би бачити та чути.
78. Я схвалюю колег, які повністю присвячують себе людям (партнерам), забуваючи про свої інтереси.
79. Моя втома на роботі зазвичай мало відбивається (ніяк не відбивається) у спілкуванні з домашніми та друзями.
80. Якщо трапляється нагода, я приділяю партнеру менше уваги, але так, щоб він цього не помітив.
81. Мене часто підводять нерви у спілкування з людьми на роботі.
82. До всього (майже до всього), що відбувається на роботі я втратив інтерес, живе почуття.
83. Робота з людьми погано вплинула на мене як на професіонала – зробила злим, притупила емоції.
84. Робота з людьми підриває моє здоров'я.

ОПРАЦЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Кожен варіант відповіді попередньо був оцінений компетентними суддями тим чи іншим числом балів (вказується в "ключі" поряд з номером твердження в дужках). Це зроблено тому, що ознаки, включені в симптом, мають різне значення у визначенні його важкості. Максимальну оцінку – 10 балів отримала від суддів ознака, що найбільш відповідає симптому.

Згідно з "ключем" здійснюють такі розрахунки:

1) визначають суму балів окремо для кожного із 12 симптомів "вигорання";
2) підраховують суму показників симптомів для кожної із 3-х фаз формування "вигорання",
3) знаходять остаточний показник синдрому "емоційного вигорання" – сума показників усіх 12-ти симптомів.

Фаза "НАПРУЖЕННЯ"

1. Переживання психотравмуючих обставин:
+ 1 (2), + 13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -73 (5)

2. Незадоволеність собою:
-2(3), +14(2), +26(2), -38(10), -50(5), +62(5), +74(3),

3. "Загнаність у клітку":
+3(10), +15(5), +27(2), +39(2), +51(5), +63(1), -75(5)

4. Тривожність та депресія:
+4(2), +16(3), +28(5), +40(5), +52(10), +64(2), +76(3)

Фаза "РЕЗИСТЕНЦІЯ"

1. Неадекватне вибіркове емоційне реагування:
+5(5), -17(3), +29(10), +41(2), +53(2), +65(3), +77(5)

2. Емоційно-моральна дезорієнтація:
+6(10), -18(3), +30(3), +42(5), +54(2), +66(2), -78(5)

3. Розширення сфери економії емоцій:
+7(2), +19(10), -31(2), +43(5), +55(3), +67(3), -79(5)

4. Редукція професійних обов'язків:
+8(5), +20(5), +32(2), -44(2), +56(3), +68(3), +80(10)



Фаза “ВИСНАЖЕННЯ”

1. Емоційний дефіцит:
+9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), -69 (10), +81 (2)

2. Емоційна відчуженість:
+10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10)

3. Особиста відчуженість (деперсоналізація):
+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +71 (2), +83 (10)

4. Психосоматичні та психовегетативні порушення:
+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5)

Інтерпретація результатів

Запропонована методика дає детальну картину синдрому “емоційного вигорання”. Насамперед варто звернути увагу на окремо взяті симптоми. Показник прояву кожного симптому коливається в межах від 0 до 30 балів:

– 9 і менше балів – не сформований симптом;
– 10–15 балів – симптом, що формується;
– 16 і більше балів – сформований симптом.

Симптоми з показниками 20 і більше балів відносяться до домінуючих у фазі або у всьому синдромі “емоційного вигорання”.

Методика дає змогу побачити провідні симптоми “вигорання”. Важливо відмітити до якої фази формування стресу відносяться домінуючі симптоми і в якій фазі їх найбільше.

Наступним кроком в інтерпретації результатів запитальника – обдумування показників фаз розвитку стресу – “напруження”, “резистенція” та “виснаження”. В кожній із них оцінка можлива у межах від 0 до 120 балів. Але зіставлення балів, отриманих для фаз, не правомірне, оскільки не свідчать про їхню відносну роль або внесок у синдром. Справа в тому, що вимірювані в них явища різні – реакція на зовнішні та внутрішні фактори (фаза “Напруження”), прийоми психологічного захисту (фаза “Резистенція”), стан нервової системи (фаза “Виснаження”). За кількісними показниками правомірно судити тільки про те, наскільки кожна фаза сформувалась, і яка фаза сформувалась більшою чи меншою мірою:

– 36 і менше балів – фаза не сформувалась;
– 37–60 балів – фаза в стадії формування;
– 61 і більше балів – сформована фаза.

Оперуючи сутнісним змістом та кількісними показниками, підрахованими для різних фаз формування синдрому "вигорання", можна дати достатньо вичерпну характеристику особистості і, що не менш важливо, намітити індивідуальні міри профілактики та психокорекції.

4.2.5. Тест "Стресогенні життєві події"

Тест д-рів Холмса і Райха

Пригадайте події, які сталися з вами протягом останнього року. З наведеного нижче списку визначте свій рівень стресу

Життєві події	Значення події у балах
1. Смерть дружини (чоловіка)	100
2. Розлучення	73
3. Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення)	65
4. Тюремне ув'язнення	63
5. Смерть близького члена сім'ї	63
6. Травма або хвороба	53
7. Одруження	50
8. Звільнення з роботи	47
9. Примирення подружжя	45
10. Вихід на пенсію	45
11. Зміни у стані здоров'я члена сім'ї	44
12. Вагітність	40
13. Сексуальні проблеми	39
14. Поява нового члена сім'ї	39
15. Реорганізація на роботі	39
16. Зміни фінансового становища	38
17. Смерть близького друга	37
18. Зміна професійної орієнтації	36
19. Підвищення конфліктності стосунків з дружиною	35
20. Позика на велику покупку (наприклад, будинку)	31
21. Закінчення терміну виплати позики	30
22. Зміна посади	29
23. Син чи дочка залишають дім	29
24. Проблеми з родичами чоловіка (дружини)	26
25. Видатне особисте досягнення	28



Життєві події	Значення події у балах
26. Дружина кидає роботу (або починає працювати)	26
27. Початок або закінчення навчання у навчальному закладі	26
28. Зміна умов проживання	25
29. Відмова від певних індивідуальних звичок	24
30. Проблеми з начальством	23
31. Зміна умов або годин роботи	20
32. Зміна місця проживання	20
33. Зміна місця навчання	20
34. Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля або відпустки	19
35. Зміна звичок, пов'язаних із віросповіданням	19
36. Зміна соціальної активності	18
37. Позика для купівлі менших речей (машини, телевізора тощо)	17
38. Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном	16
39. Зміна числа членів сім'ї, що проживають разом	15
40. Зміна звичок, пов'язаних із харчуванням	15
41. Відпустка	13
42. Різдво	12
43. Незначне порушення правопорядку	11
Підрахуйте набрану суму балів $\sum=$	

Скільки балів Ви набрали?

Відповідно до проведених досліджень доктори Холмс та Райх встановлено, що 150 балів означає 50% ймовірності виникнення якогось психосоматичного захворювання, а при 300 балах вона зростає до 90%.

Якщо вам вдасться визначити свій стрес і до кінця виявити конкретні його причини, це буде означати: ви готові до того, щоб навчитися керувати стресом.

4.2.6. Опитувальник САН

Цей бланковий тест призначений для оперативної оцінки самопочуття, активності і настрою (за першими літерами цих функціональних станів і названий опитувальник).

Суть оцінювання полягає у тому, що досліджуваних просять співвіднести свій стан з низкою ознак за багатоступінчастою шкалою. Шкала ця складається з індексів (3 2 1 0 1 2 3) і розташована між тридцятьма парами слів протилежного значення, що відображають рухливість, швидкість і темп протікання функцій (активність), силу, здоров'я, стомлення (самопочуття), а також характеристики емоційного стану (настрій). Рядки згруповані попарно: 1, 2 — самопочуття (С), 3, 4 — активність (А), 5, 6 — настрій (Н), і т.д. Випробовуваний повинен вибрати і відзначити цифру, що найточніше відображає його стан у момент обстеження.

Інструкція досліджуваному: перед Вами два ряди слів, що позначають ті чи інші особливості психічного стану. Кожна ознака має два протилежні полюси. Вам треба критично оцінити свій стан зараз. Для цього спочатку виберіть полюс, до якого Ви відносите свій стан. Чим ближче до полюса Ви закреслюватимете цифру, тим сильніше виражена у Вас ця властивість зараз.

"3" — закреслюйте в тому випадку, якщо властивість виражена сильно;
"2" — якщо виражена помірно;
"1" — якщо виражена найменшою мірою;
"0" — невизначеність, коли Ви не можете вирішити, до якого полюса віднести свій стан.

Довго не роздумуйте, відповідайте швидко.

Майте на увазі, що в кожному ряду повинна бути закреслена тільки одна цифра!

Самопочуття добре	3	2	1	0	1	2	3	Самопочуття погане
Активний	3	2	1	0	1	2	3	Пасивний
Неуважний	3	2	1	0	1	2	3	Уважний
Радісний	3	2	1	0	1	2	3	Сумний
Стомлений	3	2	1	0	1	2	3	Відпочилий
Безтурботний	3	2	1	0	1	2	3	Стурбований
Повільний	3	2	1	0	1	2	3	Швидкий
Зібраний	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
Поганий настрій	3	2	1	0	1	2	3	Гарний настрій
Бадьорий	3	2	1	0	1	2	3	Млявий
Спокійний	3	2	1	0	1	2	3	Роздратований
Бажання відпочити	3	2	1	0	1	2	3	Бажання працювати
Сповнений сил	3	2	1	0	1	2	3	Знесилений
Міркувати важко	3	2	1	0	1	2	3	Міркувати легко

Незворушний	3	2	1	0	1	2	3	Схвильований
Напружений	3	2	1	0	1	2	3	Розслаблений
Витривалий	3	2	1	0	1	2	3	Зморений
Байдужий	3	2	1	0	1	2	3	Захоплений
Збуджений	3	2	1	0	1	2	3	Сонливий
Задоволений	3	2	1	0	1	2	3	Незадоволений

Під час опрацювання ці цифри перекодують такі: індекс 3, відповідний незадовільному самопочуттю, низькій активності і поганому настрою, приймається за 1 бал; наступний за ним індекс 2 – за 2; індекс 1 – за 3 бали і так до індексу 3 з протилежної сторони шкали, який відповідно приймається за 7 балів (врахуйте, що полюси шкали постійно змінюються).

Для показників самопочуття і настрою вони шифруються за шаблоном:

цифри опитувальника	3	2	1	0	1	2	3
відповідні їм бали	7	6	5	4	3	2	1

Для показника активності — за шаблоном:

цифри опитувальника	3	2	1	0	1	2	3
відповідні їм бали	1	2	3	4	5	6	7

Отже, позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні – низькі. За цими балами і розраховують середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Показники самопочуття нижчі 5,4 балів, активності — нижче 5,0, настрою — нижче 5,1 балів розцінюються як низькі (нижчі норми).

Зауважимо, що під час аналізу функціонального стану важливі не тільки значення окремих його показників, але і їхні співвідношення. Річ у тому, що у відпочилої людини оцінки активності, настрою і самопочуття зазвичай рівні. А у міру наростання втоми співвідношення між ними змінюється за рахунок відносного зниження самопочуття і активності порівняно з настроєм.

Код опитувальника

Питання на самопочуття – 1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26.
Питання на активність – 3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28.
Питання на настрій – 5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30.

4.2.7. Шкала депресії

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів і станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики під час масових досліджень і в цілях попередньої, долікарської діагностики. Тест адаптований Т.І. Балашовою.

Повне тестування з обробкою займає 20–30 хвилин.

Випробовуваний відзначає відповіді на бланку.

Рівень депресії (РД) розраховують за формулою

$$РД = \sum_{пр} + \sum_{обр},$$

де $\sum_{пр}$ – сума закреслених балів "прямих" висловлювань за номерами 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15 і 19 (закреслена цифра означає кількість балів); $\sum_{обр}$ – сума балів висловлювань "обернених" закресленим (№№ 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20). Закресленій цифрі 1 відповідає 4 бали, цифрі 2–3 бали, 3–2 бали і цифрі 4–1 бал. Наприклад: у висловлюванні № 2 закреслена цифра 1, ставимо в суму 4 бали; у висловлюванні № 5 закреслено відповідь 2 – ставимо в суму 3 бали; у висловлюванні № 6 закреслено відповідь 3 – ставимо в суму 2 бали; у висловлюванні № 11 закреслено відповідь 4 – ставимо в суму один бал і т.д.

В результаті одержуємо РД, який коливається від 20 до 80 балів.

Якщо РД не більш 50 балів, то діагностується стан без депресії. Якщо РД більше 50 і менше 59 балів, то робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного походження. Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан або маскована депресія. Істинний депресивний стан діагностується при РД більше 70 балів.

БЛАНК ДЛЯ ВІДПОВІДЕЙ

Прізвище_______________ Дата_____________

Інструкція: "Прочитайте уважно кожне з наведених нижче речень і закреслюйте відповідну цифру справа залежно від того, як Ви себе відчуваєте останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтеся, оскільки правильних або неправильних відповідей немає".

A – ніколи або зрідка

B – іноді

C – часто

D – майже завжди або постійно



	A	B	C	D
1. Я відчуваю пригніченість	1	2	3	4
2. Вранці я почуваю себе найкраще	1	2	3	4
3. У мене бувають періоди плачу або близький до цього стан	1	2	3	4
4. У мене поганий нічний сон	1	2	3	4
5. Апетит у мене не гірший звичайного	1	2	3	4
6. Мені приємно дивитися на привабливих жінок, розмовляти з ними, знаходитися поруч	1	2	3	4
7. Я помічаю, що втрачаю вагу	1	2	3	4
8. Мене турбують закрепи	1	2	3	4
9. Серце б'ється швидше, ніж звичайно	1	2	3	4
10. Я втомлююся без жодних причин	1	2	3	4
11. Я мислю так само ясно, як завжди	1	2	3	4
12. Мені легко робити те, що я умію	1	2	3	4
13. Відчуваю занепокоєння і не можу всидіти на місці	1	2	3	4
14. У мене є надії на майбутнє	1	2	3	4
15. Я більш дратівливий, ніж звичайно	1	2	3	4
16. Мені легко приймати рішення	1	2	3	4
17. Я відчуваю, що корисний і необхідний	1	2	3	4
18. Я живу досить повноцінним життям	1	2	3	4
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо я помру	1	2	3	4
20. Мене дотепер радує те, що радувало завжди	1	2	3	4

4.2.8. Опитувальник О.І. Сердюка для вивчення самооцінки соціальної значущості хвороби

Вплив будь-якого хронічного соматичного захворювання на соціальний статус хворого, його місце у суспільстві і мікросоціальному середовищі, коло інтересів, рівень домагань уже давно не викликає сумнівів у клініцистів.

На підставі опитування двох тисяч хворих з різними хронічними соматичними захворюваннями О.І. Сердюком (Харківська медична академія, 1994) був розроблений опитувальник, що дає можливість виділити і піддати кількісній оцінці вплив хвороби на різні сфери соціального статусу хворих.

Опитувальник включає 10 питань-тверджень і 5 варіантів відповідей на них:

1. Через хворобу я не можу працювати з колишньою працездатністю, став(ла) слабким(ою), немічним(ою), сам(а) собі неприємний(а)...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

2. Хвороба ускладнює взаємостосунки в моїй сім'ї, відчуваю, що набрид(ла) рідним...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

3. Через хворобу доводиться себе багато в чому обмежувати, боюся вживати спиртне, обмежую себе в їжі, уникаю ходити в гості, відмовляю собі в розвагах...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.



4. Через хворобу погіршали відносини на роботі, відчуваю, що співробітники стали гірше відноситися до мене, не співчувають і навіть прискіпуються...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

5. Вважаю, що у мене менше вільного часу, ніж у здорових людей, через хворобу багато часу йде на лікування, лікарні...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

6. Через хворобу не можу працювати там, де хочу. Моя хвороба заважає мені зайняти краще положення в суспільстві, зробити кар'єру...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

7. Після того, як захворів(ла), помічаю зміни в своїй зовнішності, став(ла) непривабливим(ою), неприємним(ою) для оточуючих...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

8. Моя хвороба зробила мене нещасним(ою), примушує відчувати себе не таким(ою), як всі...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

9. Моя хвороба заважає мені спілкуватися з оточуючими, відчуваю, що віддаляюся від людей...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

10. Хвороба завдає мені значного матеріального збитку, змушує витрачати гроші на лікування, не дає можливості більше заробляти...

1. Точно ні.
2. Швидше ні.
3. Важко відповісти.
4. Мабуть, так.
5. Безумовно, так.

Один з двох останніх варіантів відповідей свідчить про високу або дуже високу значущість для такого хворого впливу хвороби на ту чи іншу умовно виділену сферу його соціального статусу (відповідну номеру питання): 1) відчуття втрати сили та енергії; 2) погіршення ставлення у сім'ї; 3) відмова від задоволень; 4) погіршення ставлення на роботі; 5) обмеження вільного часу; 6) неможливість зробити кар'єру; 7) зниження фізичної привабливості; 8) формування почуття меншовартості; 9) обмеження спілкування; 10) матеріальний збиток.

Розташування їх у вигляді векторів на діаграмі дає змогу наочніше судити про ступінь соціальної значущості захворювання для хворого загалом, а також про ті напрями, які треба розглядати, як "мішені" або "точки прикладення" психотерапевтичної дії в процесі його медико-соціальної реабілітації.

4.2.9. Опитувальник "Тип поведінкової активності" (ТПА)

Інструкція досліджуваному: Вам буде пред'явлено низку питань або тверджень, що стосуються особливостей життя, активності в справах і спілкуванні або поведінки в емоційно-напружених ситуаціях, уважно прочитайте кожне питання (твердження) і виберіть як відповідь той з варіантів, який найбільшою мірою відповідає вашим поведінковим характеристикам, і обведіть відповідний порядковий номер у відповідній графі бланка для відповіді.



Довго не роздумуйте, прагніть відповідати щиро і швидко. Пам'ятайте, правильних або неправильних відповідей тут немає.

Текст опитувальника

1. Чи буває Вам важко знайти час, щоб відвідати перукарню:
   1) ніколи;
   2) деколи;
   3) майже завжди.

2. У Вас така робота, яка розбурхує, підбадьорює:
   1) менше, ніж робота більшості людей;
   2) приблизно така ж, як робота більшості людей;
   3) більше, ніж робота більшості людей.

3. Ваше повсякденне життя головно заповнене:
   1) справами, які потребують вирішення;
   2) повсякденними справами;
   3) нудними для Вас справами.

4. Одні люди живуть спокійним, розміреним життям, життя інших часто сповнене несподіванками, непередбачуваними обставинами та ускладненнями. Як часто Ви стикаєтесь з такими подіями:
   1) кілька разів на день;
   2) приблизно раз на день;
   3) кілька разів на тиждень;
   4) раз на тиждень;
   5) раз у місяць або рідше.

5. У випадку, якщо Вас щось сильно пригнічує, тисне, або люди надто багато вимагають від Вас, Ви:
   1) втрачаєте апетит та / або менше їсте;
   2) їсте частіше та / або більше ніж завжди;
   3) не помічаєте ніяких суттєвих змін в апетиті.

6. У випадку, якщо Вас щось сильно пригнічує, тисне або у Вас є невідкладні турботи, Ви:
   1) негайно приймаєте відповідні міри;
   2) ретельно обмірковуєте, перш ніж почати діяти.

7. Наскільки швидко Ви зазвичай їсте:
   1) зазвичай закінчую їсти раніше за інших;
   2) їм дещо швидше за інших;

3) з такою самою швидкістю, як і більшість людей;

4) їм повільніше, ніж більшість людей.

8. Ваші рідні або друзі коли-небудь говорили, що Ви їсте занадто швидко:

1) так, часто;

2) так, раз чи два;

3) ні, мені ніхто ніколи цього не говорив.

9. Як часто Ви робите декілька справ одночасно, наприклад, їсте та працюєте:

1) роблю кілька справ одночасно завжди, коли це можливо;

2) роблю це тільки тоді, коли немає часу;

3) роблю це зрідка або ніколи не роблю.

10. Коли Ви слухаєте когось, і ця людина надто довго не може завершити думку, Ви маєте бажання поквапити її:

1) часто;

2) іноді;

3) майже ніколи.

11. Як часто Ви закінчуєте думку того, хто повільно говорить, щоб пришвидшити розмову:

1) часто;

2) іноді;

3) майже ніколи.

12. Як часто Ваші близькі чи друзі помічають, що Ви неуважні, якщо Вам про щось говорять надто детально:

1) раз на тиждень або частіше;

2) кілька разів на місяць;

3) майже ніколи;

4) ніколи.

13. Якщо Ви говорите своїм близьким чи друзям, що прийдете у певний час, то як часто Ви запізнюєтесь:

1) іноді;

2) рідко;

3) майже ніколи;

4) ніколи не запізнююся.

14. Чи буває так, що Ви поспішаєте на місце зустрічі, хоча часу ще цілком достатньо:



1) часто;

2) іноді;

3) зрідка або ніколи.

15. Припустимо, що Вам необхідно з кимось зустрітися у певний час, наприклад, на вулиці, в метро тощо, і ця людина запізнюється вже на 10 хв, Ви:

1) спокійно зачекаєте;

2) будете проходжуватися в очікуванні;

3) зазвичай у Вас є з собою книга чи газета, щоб було чим зайнятися під час очікування.

16. Якщо Вам доводиться стояти у черзі, наприклад, в їдальні, в магазині, то Ви:

1) спокійно чекаєте своєї черги;

2) відчуваєте нетерпіння, але не показуєте цього;

3) відчуваєте таке нетерпіння, що це помічають інші;

4) рішуче відмовляєтесь стояти в черзі й намагаєтесь знайти спосіб уникнути витрачання часу.

17. Якщо Ви граєте у гру, в якій є елемент змагання (шахи, доміно, волейбол тощо), то Ви:

1) напружуєте всі сили задля перемоги;

2) намагаєтесь виграти, проте не надто старанно;

3) граєте скоріше для задоволення, ніж серйозно.

18. Уявіть, що Ви і Ваші друзі (або співпрацівники) починаєте нову роботу. Що Ви думаєте про змагання у цій роботі:

1) намагаюсь уникати цього;

2) приймаю, оскільки цього не уникнути;

3) отримую задоволення, оскільки це мене підбадьорює та стимулює.

19. Коли Ви були молодші, більшість людей вважало, що Ви:

1) часто намагаєтесь та по-справжньому хочете бути у всьому першим та кращим;

2) деколи намагаєтесь і Вам подобається бути у всьому першим та кращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (Ви розслаблені).

20. Чим, на Вашу думку, Ви відрізняєтесь зараз:

1) часто намагаєтесь (та по-справжньому хочете) бути у всьому першим та кращим;

2) іноді намагаєтесь і Вам подобається бути у всьому першим та кращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (зазвичай Ви розслаблені).

4) Ви завжди розслаблені й не схильні змагатися.

21. На думку рідних або друзів Ви:

1) часто намагаєтесь (та по-справжньому хочете) бути у всьому першим та кращим;

2) іноді намагаєтесь і Вам подобається бути у всьому першим та кращим;

3) зазвичай Вам добре так, як є (Ви розслаблені).

4) Ви завжди розслаблені й не схильні змагатися.

22. Як оцінюють Ваші рідні або друзі Вашу загальну активність:

1) недостатня активність, повільність, треба бути активнішим;

2) біля середнього, завжди є якесь заняття;

3) надмірна активність, енергія, яка б'є через край.

23. Чи погодились би люди, які Вас знають, що Ви ставитеся до своєї роботи надто серйозно:

1) так, абсолютно;

2) можливо, так;

3) можливо, ні;

4) абсолютно, ні.

24. Чи погодились би люди, які Вас добре знають, що Ви менш енергійні, ніж більшість людей:

1) так, абсолютно;

2) можливо, так;

3) можливо, ні;

4) абсолютно, ні.

25. Чи погодились би люди, які Вас добре знають з тим, що за короткий час Ви здатні виконати великий обсяг робіт:

1) так, абсолютно;

2) можливо, так;



3) можливо, ні;
4) абсолютно, ні.

26. Чи погодились би люди, які Вас добре знають, що Ви легко сердитеся (дратуєтеся):
1) так, абсолютно;
2) можливо, так;
3) можливо, ні;
4) абсолютно, ні.

27. Чи погодились би люди, які Вас добре знають, що Ви живете мирним, спокійним життям:
1) так, абсолютно;
2) можливо, так;
3) можливо, ні;
4) абсолютно, ні.

28. Чи погодились би люди, які Вас добре знають, що Ви більшість справ робите у поспіху:
1) так, абсолютно;
2) можливо, так;
3) можливо, ні;
4) абсолютно, ні.

29. Чи погодились би люди, які Вас добре знають, що Вас тішать змагання й Ви дуже намагаєтесь виграти:
1) так, абсолютно;
2) можливо, так;
3) можливо, ні;
4) абсолютно, ні.

30. Який характер був у Вас, коли Ви були молодші:
1) вибуховий, дуже важко контрольований;
2) вибуховий, проте контрольований;
3) цілком врівноважений (не було проблем);
4) майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе).

31. Яким Ви уявляєте свій характер сьогодні:
1) вибуховим, дуже важко контрольованим;
2) вибуховим, проте контрольованим;
3) цілком врівноваженим;
4) майже ніколи не серджуся (не виходжу з себе).



32. Коли Ви занурені в роботу й хто-небудь (не керівник) перериває Вас, що Ви зазвичай відчуваєте при цьому:

1) відчуваю себе цілком добре, оскільки після неочікуваної перерви працюється краще;

2) відчуваю легку прикрість;

3) відчуваю роздратування, оскільки це заважає справі.

33. Якщо перерви в роботі повторюються й це Вас справді розізлило, Ви:

1) відповісте різко;

2) відповісте у спокійній формі;

3) спробуєте щось зробити, щоб уникнути цього;

4) спробуєте знайти спокійніше місце для роботи, якщо це можливо.

34. Як часто Ви виконуєте роботу, яку маєте завершити до визначеного терміну:

1) щодня або частіше;

2) щотижня;

3) щомісяця й рідше.

35. Робота, яку Ви маєте закінчити до певного терміну, зазвичай:

1) не викликає напруження, оскільки вона звична, одноманітна;

2) викликає сильне напруження, оскільки зрив терміну може вплинути на роботу групи людей.

36. Ви самі визначаєте терміни виконання роботи на службі й вдома:

1) ні;

2) так, але зрідка;

3) так, досить часто.

37. Якість роботи, яку Ви виконуєте, до кінця зазначеного терміну буває:

1) краща;

2) звичайна;

3) гірша.

38. Чи буває так, що на роботі Ви одночасно виконуєте два або кілька завдань, роблячи то одне, то інше:

1) ні, ніколи;



2) так, але не дуже часто;

3) так, постійно.

39. Чи були б Ви задоволені можливістю залишатися на теперішній роботі й в подальшому:

1) так;

2) ні, мені хотілося б досягти більшого;

3) звичайно ні, я роблю все для того, щоб мене підвищили, інакше я буду засмучений.

40. Якби Ви могли вибирати, то надали б перевагу:

1) надбавці до заробітної плати без підвищення посади;

2) підвищення посади без суттєвої різниці у зарплаті.

41. До закінчення відпустки Ви:

1) хочете продовжити її ще на тиждень-другий;

2) відчуваєте, що готові повернутися до звичної роботи;

3) хочете, щоб відпустка закінчилась, та можна було б повернутися до звичної роботи.

42. Чи було так, що за останні три роки Ви брали менше днів відпустки, ніж має бути:

1) так;

2) ні;

3) ні, ніколи.

43. Чи буває так, що під час відпустки Ви не можете перестати думати про роботу:

1) так, часто;

2) так, іноді;

3) ні, ніколи.

44. За останні три роки Ви отримували якісь заохочення на роботі:

1) ні, ніколи;

2) іноді;

3) так, часто.

45. Як часто Ви приносите роботу додому або вивчаєте матеріали, пов'язані з роботою:

1) зрідка або ніколи;

2) раз на тиждень або рідше;

3) майже постійно.

46. Як часто Ви залишаєтесь на роботі після закінчення робочого дня або приходите на роботу у позаурочний час:

1) на моїй роботі це неможливо;

2) зовсім рідко;

3) іноді (рідше, ніж раз на тиждень).

47. Ви зазвичай залишаєтесь вдома, якщо Вас морозить або підвищена температура тіла:

1) так;

2) ні.

48. Якщо Ви відчуваєте, що починаєте втомлюватися від роботи, то:

1) деякий час працюєте менш активно, поки сили не повернуться до Вас;

2) продовжуєте працювати так само активно, незважаючи на втому.

49. Коли Ви працюєте в колективі, співпрацівники очікують, що Ви будете керувати:

1) зрідка;

2) не частіше від інших;

3) частіше від інших.

50. Ви записуєте для пам'яті розпорядок дня (що потрібно зробити):

1) рідко;

2) іноді;

3) часто.

51. Якщо хтось чинить по відношенню до Вас нечесно, Ви:

1) прямо вказуєте йому на це;

2) перебуваєте в нерішучості й чините залежно від обставин;

3) нічого не говорите про це.

52. Порівняно з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви докладаєте:

1) значно більше зусиль;

2) дещо більше зусиль;

3) приблизно стільки ж зусиль;

4) дещо менше зусиль;

5) значно менше зусиль.



53. Порівняно з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви відчуваєте:
   1) значно більшу відповідальність;
   2) дещо більшу відповідальність;
   3) майже таку саму відповідальність;
   4) дещо меншу відповідальність;
   5) значно меншу відповідальність.

54. Порівняно з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви відчуваєте необхідність квапитися:
   1) значно більше;
   2) дещо більше;
   3) стільки ж;
   4) дещо менше;
   5) значно менше.

55. Порівняно з іншими, які виконують таку ж роботу, Ви:
   1) більш акуратні;
   2) дещо більш акуратні;
   3) приблизно так само акуратні;
   4) дещо менш акуратні;
   5) значно менш акуратні.

56. Порівняно з іншими, які виконують таку ж роботу, Ваше ставлення до неї:
   1) значно більш серйозне;
   2) дещо більш серйозне;
   3) мало відрізняється від інших;
   4) дещо менш серйозне;
   5) значно менш серйозне.

57. Порівняно з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, зараз Ви працюєте протягом тижня:
   1) більше годин;
   2) приблизно стільки ж;
   3) менше, ніж раніше.

58. Порівняно з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, теперішня робота вимагає:
   1) меншої відповідальності;
   2) стільки ж відповідальності;
   3) більшої відповідальності.

59. Порівняно з роботою, яку Ви виконували 10 років тому, теперішня робота користується:

1) більшим престижем;
2) таким самим престижем;
3) меншим престижем.

60. Скільки різних робіт Ви змінили за останні 10 років (зауважте, будь ласка, будь-які зміни у характері та місці роботи):

1) змін не було або були один раз;
2) дві;
3) три;
4) чотири;
5) п'ять і більше.

61. За останні 10 років Ви обмежили кількість своїх розваг, через нестачу часу:

1) так;
2) ні.

БЛАНК ДЛЯ РЕЄСТРАЦІЇ ВІДПОВІДЕЙ

№ запитання	Варіанти відповіді	№ запитання	Варіанти відповіді	№ запитання	Варіанти відповіді
1.	1 2 3	21.	1 2 3 4	41.	1 2 3
2.	1 2 3	22.	1 2 3	42.	1 2 3
3.	1 2 3	23.	1 2 3 4	43.	1 2 3
4.	1 2 3 4 5	24.	1 2 3 4	44.	1 2 3
5.	1 2 3	25.	1 2 3 4	45.	1 2 3
6.	1 2	26.	1 2 3 4	46.	1 2 3 4
7.	1 2 3 4	27.	1 2 3 4	47.	1 2
8.	1 2 3	28.	1 2 3 4	48.	1 2
9.	1 2 3	29.	1 2 3 4	49.	1 2 3
10.	1 2 3	30.	1 2 3 4	50.	1 2 3
11.	1 2 3	31.	1 2 3 4	51.	1 2 3
12.	1 2 3 4	32.	1 2 3	52.	1 2 3 4 5
13.	1 2 3 4	33.	1 2 3 4	53.	1 2 3 4 5
14.	1 2 3	34.	1 2 3	54.	1 2 3 4 5
15.	1 2 3	35.	1 2	55.	1 2 3 4 5
16.	1 2 3 4	36.	1 2 3	56.	1 2 3 4 5
17.	1 2 3	37.	1 2 3	57.	1 2 3
18.	1 2 3	38.	1 2 3	58.	1 2 3
19.	1 2 3 4	39.	1 2 3	59.	1 2 3
20.	1 2 3 4	40.	1 2	60.	1 2 3 4 5
				61.	1 2



КЛЮЧІ І ДІАГНОСТИЧНІ ПРАВИЛА

Оцінка в балах вибраних (яким віддають перевагу) питань або тверджень (у порядку їхньої нумерації).

Під час підрахування балів враховують такі діагностичні критерії.

БАЛИ

1. 13, 7, 1
2. 13, 7, 1
3. 1, 17, 13
4. 1, 4, 7, 10, 13
5. 1, 7, 13
6. 1, 13
7. 13, 9, 5, 1
8. 1, 7, 13
9. 1, 7, 13
10. 1, 7, 13
11. 1, 7, 13
12. 1, 5, 9, 13
13. 13, 9, 5, 13
14. 1, 7, 13
15. 13, 7, 1
16. 13, 9, 5, 1
17. 1, 7, 13
18. 13, 7, 1
19. 1, 5, 9, 13
20. 1, 5, 9, 13
21. 1, 5, 9, 13
22. 13, 7, 1
23. 1, 5, 9, 13
24. 13, 5, 9, 1
25. 1, 5, 9, 13
26. 1, 5, 9, 13
27. 13, 9, 5, 1
28. 1, 5, 9, 13
29. 1, 5, 9, 13
30. 11, 5, 9, 13
31. 11, 5, 9, 13
32. 13, 7, 1
33. 1, 5, 9, 13
34. 1, 7, 13
35. 13, 1
36. 13, 7, 1
37. 1, 7, 13
38. 13, 7, 1
39. 13, 7, 1
40. 13, 1
41. 13, 7, 1
42. 1, 7, 13
43. 1, 7, 13
44. 13, 7, 1
45. 13, 7, 1
46. 13, 9, 5, 1
47. 13, 1
48. 13, 1
49. 13, 7, 1
50. 13, 7, 1
51. 1, 7, 13
52. 1, 4, 7, 10, 13
53. 1, 4, 7, 10, 13
54. 1, 4, 7, 10, 13
55. 1, 4, 7, 10, 13
56. 1, 4, 7, 10, 13
57. 1, 7, 13
58. 13, 7, 1
59. 1, 7, 13
60. 13, 10, 7, 4, 1
61. 1, 13

Якщо сумарна кількість балів не перевищує 167, то з високою ймовірністю діагностується виражений тип поведінкової активності особистості – тип А;

168–335 балів – діагностується певна тенденція до поведінкової активності типу А (умовно – А1);

336–459 балів – діагностується проміжний (перехідний) тип особової активності – тип АБ;

460–626 балів – діагностується певна тенденція до поведінкової активності типу б (умовно – Б1);

627 балів і вище – діагностується з високою ймовірністю виражений поведінковий тип особової активності – тип Б.

Інтерпретація результатів дослідження

Для випробовуваних з вираженою поведінковою активністю (**тип А**) характерні певні особливості. Перебільшена потреба в діяльності – надмірне занурення в роботу, ініціативність, невміння відвернутися від роботи, розслабитися; нестача часу для відпочинку і розваг, нерідко робота у вихідні дні і під час відпустки. Постійне напруження душевних і фізичних сил у боротьбі за успіх, висока мотивація досягнення, завзятість і над-активність у досягненні мети нерідко відразу в декількох областях життєдіяльності, небажання відмовитися від досягнення мети, незважаючи на поразку. Невміння і небажання виконувати щоденну ґрунтовну та одноманітну роботу. Нездатність до тривалої і стійкої концентрації уваги, нетерплячість, гостре відчуття нестачі часу, прагнення робити все швидко: ходити, їсти, говорити, ухвалювати рішення. Енергійна, емоційно виразна мова, що підкріплюється жестами й мімікою і нерідко супроводжується напруженням м'язів обличчя і шиї; нетерплячість в діалогах, імпульсна, емоційна нестриманість у спорах, невміння до кінця вислухати співрозмовника. Схильність до змагань, суперництва і визнання, амбітність, агресивність по відношенню до суб'єктів, протидіючих здійсненню планів; у випадках неуспіху нерідко причину бачать у зовнішніх обставинах або суперниках; прагнення до домінування у колективі або компаніях, легка фрустрованість зовнішніми обставинами і життєвими труднощами. У випадках формального лідерства (начальник) прагнення постійно контролювати своїх співробітників, а часом і виконувати роботу кого-небудь (роблять повільно). В умовах недостатньої інформації у випадку необхідності прийняття швидкого рішення зростає реактивна тривожність, можлива втрата контролю над ситуацією, що може призводити до емоційної нестабільності, пониження стійкості до стресу і зниження поведінкового контролю загалом.

Для осіб, у яких діагностується тенденція до поведінкової активності **типу А1**, характерні: підвищена ділова активність, наполегливість, захопленнянь роботою, цілеспрямованість. Нестача часу для відпочинку компенсується, певною мірою, ощадливістю й умінням вибрати головний напрям діяльності, швидким прийняттям рішення. Енергійна, виразна мова і міміка. Емоційно насичене життя, честолюбство, прагнення до успіху і лідерства, незадоволення досягнутим, постійне бажання поліпшити результати виконаної роботи, чутливість до похвали і критики; нестійкість настрою і поведінки в стресових ситуаціях. Прагнення до змагання, проте без амбітності та агресивності; за обставин, що перешкоджають виконанню планів, легко виникає тривога, знижується рівень контролю особистості, але долається вольовим зусиллям.

Для осіб, у яких діагностується проміжний (перехідний тип поведінкової активності – **АБ**), характерна активна і цілеспрямована діловитість, різносторонність інтересів, уміння збалансувати ділову активність, напружену роботу зі зміною занять і вміло організованим відпочинком; моторика і мовна експресія помірно виражені. Особи типу АБ не виявляють явної схильності до домінування, але в певних ситуаціях і обставинах упевнено беруть на себе роль лідера; для них характерна емоційна стабільність і передбачуваність у поведінці, відносна стійкість до дії стресогенних чинників, хороша пристосовність до різних видів діяльності.

Для осіб, у яких діагностується певна тенденція до поведінкової активності типу **Б1**, характерні: раціональність і неквапливість у справах і спілкуванні, поєднання інтенсивної роботи з відпочинком, розслабленням; природна зміна видів діяльності, коли цього вимагають обставини; іноді довге обдумування планів поєднується з ретельним і відповідальним їхнім виконанням. Зовнішня стриманість в рухах і мові поєднується з витримкою і незворушністю у разі невдач, спілкування з неприємним або незручним співрозмовником; стійкість до дії фрустуючих ситуацій і обставин, внутрішня емоційна стабільність і стриманість у прояві афектів і почуттів до інших людей.

Для осіб, у яких з високою ймовірністю діагностується виражений поведінковий **тип Б**, характерні: виразна неквапливість, зваженість і раціональність у роботі й інших сферах життєдіяльності, відданість вибраній справі, відсутність прагнення до зміни роботи. Скупість в рухах і проявах емоційних реакцій і почуттів, зокрема під час спілкування з близькими і друзями; усебічність і обов'язковість, надійність і передбачуваність у поведінці, підкреслена дружелюбність і прихильність

до оточуючих. Надмірно довге обдумування планів діяльності, що поєднується з вельми неквапливим і надзвичайно ретельним виконанням навіть незначних фрагментів, що часто дратує оточуючих; відсутність прагнення до змагання і суперництва, невміння і небажання сперечатися, але водночас твердість у відстоюванні свого погляду. Відсутність зовнішніх проявів невпевненості у своїх силах і можливостях. Невміння, а часом і небажання швидко змінювати стереотипи діяльності викликають труднощі і в пристосуванні до ситуацій, що вимагають швидкого прийняття відповідального рішення або зміни роботи. Відносна стійкість до фруструючих і стресогенних ситуацій та обставин, проте унаслідок тривалої дії цих чинників схильні до депресивних реакцій, відходів у себе, втратою інтересу до роботи і спілкування.

4.2.10. Торонтська Алекситимічна Шкала

Під алекситимією розуміють знижену здатність до вербалізації емоційних станів. Алекситимічна особистість має труднощі у визначенні та описі власних переживань, складність у розрізненні почуттів і тілесних переживань, знижену здатність до символізації, про що засвідчує бідність фантазії, уява, більше сфокусовані на зовнішніх подіях, ніж на внутрішніх переживаннях. Зазначені особливості викликають труднощі в усвідомленні емоцій і когнітивній переробці афекту, що веде до посилення фізіологічних реакцій на стрес. Клінічний досвід підтверджує це припущення. Рівень алекситимії вимірюється за допомогою спеціального опитувальника – Торонтської Алекситимічної Шкали (TAS), створеної G. J. Taylor та співавторами у 1985 році й адаптованої в Інституті ім. В.М. Бехтєрева.

Інструкція досліджуваному. Прочитайте твердження опитувальника і зазначте, до якої міри Ви згодні або не згодні з кожним із них (ставте "+" у відповідній колонці). Дайте тільки одну відповідь на кожне твердження: 1) абсолютно не згоден; 2) швидше не згоден; 3) ні те, ні інше; 4) швидше згоден; 5) цілком згоден.

Твердження	Абсолютно не згоден	Швидше не згоден	Ні те, ні інше	Швидше згоден	Цілком згоден
1. Коли я плачу, завжди знаю чому					
2. Мрії – це втрата часу					
3. Я хотів би бути не таким сором'язливим					
4. Мені часто важко визначити, які почуття переживаю					
5. Я часто мрію про майбутнє					
6. Мені здається, я так само здатний легко знаходити друзів, як і інші					
7. Знати, як вирішувати проблеми, важливіше, ніж розуміти причини цих рішень					
8. Мені важко знаходити правильні слова для моїх почуттів					
9. Мені подобається доводити до відома людей про свою позицію з тих чи інших питань					
10. У мене бувають фізичні відчуття, які незрозумілі навіть лікарям					
11. Мені недостатньо знати, що привело до такого результату, мені необхідно знати, чому і як це відбувається					
12. Я здатний з легкістю описати свої почуття					
13. Я вважаю за краще аналізувати проблеми, а не просто їх описувати					
14. Коли я засмучений, не знаю, чи зажурений я, переляканий або злий					
15. Я часто даю волю уяві					
16. Я провожу багато часу в мріях, коли не зайнятий нічим іншим					
17. Мене часто спантеличують відчуття, які виникають у моєму тілі					
18. Я рідко мрію					
19. Я вважаю за краще, щоб все йшло само собою, ніж розуміти, чому відбулося саме так					
20. У мене бувають почуття, яким я не можу дати сповна точне визначення					
21. Дуже важливо уміти розбиратися в емоціях					
22. Мені важко описувати свої почуття по відношенню до людей					
23. Люди мені говорять, щоб я більше проявляв свої почуття					
24. Треба шукати глибші пояснення тому, що відбувається					
25. Я не знаю, що відбувається у мене всередині					
26. Я часто не знаю, чому я серджуся					

Опрацювання та інтерпретація даних. Підрахунок балів здійснюється так:

1) відповідь "абсолютно не згоден" – оцінюється в 1 бал, "швидше не згоден" – 2, "ні те, ні інше" – 3, "швидше згоден" – 4, "цілком згоден" – 5. Ця система балів дійсна для пунктів шкали 2, 3, 4, 7, 8, 10, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 25, 26;

2) обернений код мають пункти шкали 1, 5, 6, 9, 11, 12, 13, 15, 21, 24. Для отримання підсумкової оцінки в балах треба проставити протилежну оцінку по цих пунктах (тобто "абсолютно не згоден" – оцінюється у 5 балів, "швидше не згоден" – 4, "ні те, ні інше" – 3, "швидше згоден" – 3, і "цілком згоден" – одержує 1 бал);

3) сума балів за всіма пунктами є підсумковим показником "алекситимічності".

Теоретичний розподіл результатів можливий від 26 до 130 балів. За даними авторів методики, "алекситимічний" тип особистості одержує 74 бали і вище, "неалекситимічний" тип особистості набирає 62 бали і нижче. Учені Психоневрологічного інституту ім. Бехтєрева, що адаптували методику, виявили середні значення показника алекситимії у декількох груп випробовуваних:

– контрольна група здорових людей 59,3 ± 1,3;
– група хворих з психосоматичними розладами – 72,09 ± 0,82, зокрема:
  - бронхіальна астма 71,84 ± 1,40;
  - гіпертонічна хвороба 72,62 ± 1,42;
  - виразкова хвороба 71,11 ± 1,40;
– група хворих на неврози – 70,1 ± 1,3.



4.2.11. Гісенський опитувальник соматичних скарг

Принципи побудови Гісенського опитувальника соматичних скарг.

Гісенський опитувальник соматичних скарг виник з необхідності мати у розпорядженні лікаря стандартний перелік фізичних скарг. Проте психосоматичний опитувальник (ПСО) – це не список симптомів, за допомогою якого можна ідентифікувати органічне захворювання. Для цієї мети список скарг повинен бути значно детальнішим і мати специфікацію для конкретної картини хвороби. Область застосування ПСО інша – йдеться про психосоматичну обумовленість або взаємну обумовленість фізичних нездужань. Наприклад, перелік нездужань зі шкали "шлункові захворювання" цілком недостатній для характеристики соматичної ситуації пацієнта. Ця шкала означає те, що пацієнт свої фізичні нездужання локалізує зазвичай у шлунково-кишковій ділянці.

ПСО дає змогу: 1) реєструвати окремі скарги; 2) реєструвати в шкалованому виді чотири різні комплекси скарг; 3) визначати сумарну оцінку інтенсивності скарг, схильність до скарг.

ПСО складається з переліку, що включає 57 скарг із таких сфер, як загальне самопочуття, вегетативні розлади, порушення функцій внутрішніх органів. Чисто "психічні" скарги відсутні, оскільки є широкий діапазон спеціальних тестів такого роду. Спеціально оцінюється ступінь інтенсивності нездужань, на які скаржиться пацієнт, оскільки у межах цього підходу суб'єктивне сприйняття важкості страждання є значущішим, ніж зовнішня об'єктивніша градація за частотою виникнення. Ступінь інтенсивності оцінюється за 5-бальною шкалою: 0 – ні, 1 – злегка, 2 – декілька, 3 – значно, 4 – сильно. Крім самих скарг, з'ясовується також їхня обумовленість з погляду пацієнта фізичними або скоріш душевними (психологічними) чинниками. Передбачена також можливість вказати ті скарги, що не містяться в ПСО.

Структура та опрацювання даних Гісенського опитувальника соматичних скарг.

За допомогою факторного аналізу переліку скарг методики було виділено чотири основні шкали і п'ята додаткова. До вказаних шкал увійшли тільки 24 пункти опитувальника з 57. Кожна з чотирьох ос-

новних шкал включає шість пунктів, п'ята додаткова шкала є сумарним показником і включає всі 24 пункти, що увійшли до чотирьох основних шкал. Нижче наводимо перелік шкал, де нумерація пунктів відповідає основному тексту ПСО (поданий нижче).

Шкала 1 – "виснаження" (E)
1. Відчуття слабкості
7. Підвищена сонливість
29. Швидке виснаження
32. Утомленість
36. Почуття оглушення (затьмарення свідомості)
42. Млявість

Показник цієї шкали характеризує неспецифічний чинник виснаження, який указує на загальну втрату життєвої енергії і потребу пацієнта в допомозі. Корелює з депресивним станом, алекситимією.

Шкала 2 – "шлункові скарги" (M)
3. Почуття тиску або переповнення в животі
15. Блювота
18. Нудота
23. Відрижка
25. Печія або кисла відрижка
51. Болі в шлунку

Ця шкала відображає синдром нервових (психосоматичних) шлункових нездужань (епігастральний синдром).

Шкала 3 – "болі в різних частинах тіла" або "ревматичний фактор" (G)
9. Болі в суглобах і кінцівках
11. Болі у попереку або спині
13. Болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах
27. Головні болі
41. Почуття тяжкості або утомленості в ногах
55. Відчуття тиску в голові

Шкала виражає суб'єктивні страждання пацієнта, що носять алгічний або спастичний характер.



Шкала 4 – "серцеві скарги" (Н)

2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця
10. Запаморочення
20. Відчуття кому в горлі, звуження горла або спазм
45. Болі, що колють або тягнуть, в грудях
52. Напади задишки (задухи)
56. Серцеві напади

Шкала указує, що пацієнт локалізує свої нездужання зазвичай у серцево-судинній сфері. Звичайно у здорових випробовуваних серцеві скарги найбільш необґрунтовані. Високий бал за шкалою свідчить про приписування собі неіснуючих симптомів з метою привернути увагу або звернутися по допомогу.

Шкала 5 – "тиск" (інтенсивність) скарг

Ця шкала включає всі 24 наведені вище скарги і є інтегральною оцінкою чотирьох попередніх шкал. Вона характеризує загальну інтенсивність скарг, "іпохондричність" не в традиційному розумінні цього терміна, а з погляду психосоматичного підходу – як "тиск скарг". Добре корелює з депресією, алекситимією, особистісною тривожністю.

Необхідно підкреслити, що вказані шкали не відображають клінічні синдроми, які дають змогу діагностувати те чи інше захворювання. Вони є середнім поєднанням фізичних нездужань, що відчуваються (пацієнтами і населенням взагалі), які у кожному окремому випадку можуть мати інші поєднання, проте далеко не випадково трапляються одночасно. Це, зрозуміло, не виключає того, що гіпертонічна хвороба, наприклад, приведе до зростання показника шкали "серцеві скарги" (Н), а виразка шлунка – показника "шлункові скарги" (М).

Оцінки за шкалами для окремого випробовуваного знаходять шляхом нарахування балів кожного пункту залежно від відповіді: 0 – ні, 1 – злегка, 2 – декілька, 3 – значно, 4 – сильно; потім бали підсумовують. Оцінка перших чотирьох шкал, які містять по шість пунктів, може коливатися від 0 до 24 балів, для п'ятої шкали (як сумарного показника чотирьох попередніх) оцінка може варіювати від 0 до 96.

Інструкція досліджуваному: Обміркуйте, будь ласка, які з наведених нижче недуг Вас турбують. Поставте хрестик у відповідній графі. Недуги, яких у Вас немає, зазначайте хрестиком у графі "Немає".

Я відчуваю такі недуги	0 - Немає	1 - Злегка	2 - Дещо	3 - Значно	4 - Сильно
1. Відчуття слабкості					
2. Серцебиття, перебої в серці або завмирання серця					
3. Відчуття тиску або переповнення в животі					
4. Схильність до сліз					
5. Свербіння					
6. Запаморочення					
7. Підвищена сонливість					
8. Знижена статева збудливість					
9. Болі в суглобах та кінцівках					
10. Головокружіння					
11. Болі у попереку або спині					
12. Сильне потіння					
13. Болі в шиї (потилиці) або плечових суглобах					
14. Порушення ходи					
15. Блювота					
16. Розлади зору					
17. Напади, судороги (корчі)					
18. Нудота					
19. Збільшення ваги					
20. Відчуття кома в горлі, звуження горла або спазму					
21. Позиви до сечовипускання					
22. Шкірні зміни					
23. Відрижка					
24. Підвищена чутливість до холоду					
25. Печія або кисла відрижка					
26. Спазм у руці при письмі					
27. Головні болі					
28. Підвищена чутливість до тепла					
29. Швидка виснажуваність					
30. Розлади сну					
31. Підвищена статева збудливість					
32. Втома					
33. Порушення рівноваги					
34. Утруднення під час ковтання					
35. Кашель					
36. Почуття оглушення (затьмарена свідомість)					
37. Оніміння кінцівок (відмирання, печіння або мурашки, поколювання у кистях рук та стопах)					



Я відчуваю такі недуги	0 - Немає	1 - Злегка	2 - Дещо	3 - Значно	4 - Сильно
38. Закрепи					
39. Відсутність апетиту					
40. Напади жару, припливи крові					
41. Відчуття важкості або втоми в ногах					
42. Млявість					
43. Проноси					
44. Паралічі					
45. Колючі або тягнучі болі в грудях					
46. Тремтіння					
47. Болі в горлі					
48. Легке почервоніння					
49. Холодні ноги (ступні)					
50. Вовчий голод					
51. Болі у шлунку					
52. Напади задухи (ядухи)					
53. Болі в нижній частині живота					
54. Зменшення ваги					
55. Відчуття тиску в голові					
56. Серцеві напади					
57. Мовленнєві розлади					

- **Оцінка результатів.**

Для того, щоб оцінити ступінь фізичних нездужань окремого досліджуваного, автори методики пропонують розглядати їх порівняно з даними дослідження, проведеного на групі здорових людей, які показали, що половина з них за сумарною шкалою має менше 14 балів, 75% має менше 20 балів, 100% – менше 40 балів.

Крім того, можна порівняти отримані результати з даними стандартизації ПСО, яку проводили автори (Німеччина) й адаптували в Росії на двох вибірках: І – здорові досліджувані (286 осіб), ІІ – пацієнти з невротичними і психосоматичними розладами (467 осіб).

У табл. 1 наведені первинні статистичні характеристики шкал опитувальника за двома вказаними вибірками. У нижньому рядку кожної графи наведено дані, одержані авторами методики на німецькій вибірці.

Таблиця 2

Первинні статистичні характеристики шкал Гісенського опитувальника соматичних скарг

Шкали	Контрольна група, n=286		Група хворих, n=467	
	Середні за шкалами	Середнє квадратичне відхилення	Середні за шкалами	Середнє квадратичне відхилення
Виснаження (И)	4,6 ± 0,2 4,61	3,5 4,43	8,0 ± 0,3 9,68	5,7 6,35
Шлункові скарги (Ж)	2,0 ± 0,2 2,69	2,7 3,27	4,8 ± 0,2 5,4	4,5 4,8
Болі – "ревматичний чинник" (Р)	5,2 ± 0,3 5,40	4,7 4,83	9,4 ± 0,3 7,1	6,3 5,7
Серцеві скарги (С)	2,5 ± 0,2 2,97	3,2 3,58	6,4 ± 0,2 6,5	4,9 5,2
Інтенсивність – "тиск скарг" (Д)	14,7 ± 0,7 15,66	12,3 13,25	30,0 ± 1,5 28,8	33,2 17,8

Окрім інтерпретації за п'ятьма стандартними шкалами, можливий складніший і диференційований аналіз, що ґрунтується на всіх 57 пунктах. Наприклад, під час аналізу результатів тесту представляють інтерес, насамперед, максимальні значення окремих пунктів. Крім того, відсутність даних по окремих пунктах, наприклад, "підвищена або знижена статева збудливість", може характеризувати певну проблематику. Уявлення досліджуваного про причину нездужання з'ясовує суб'єктивну обумовленість скарг (психічну або фізичну).

Використовування Гісенського опитувальника соматичних скарг у клінічній і медико-психологічній практиці

ПСО може використовуватися для реєстрації окремих скарг, чотирьох різних комплексів скарг, сумарної оцінки їхньої інтенсивності.



З його допомогою може здійснюватися систематична реєстрація та об'єктивний аналіз соматичних скарг. Це має значення як для одноразової діагностики, так і для динамічного спостереження й отримання достовірних даних про зміни, для оцінки результатів лікування. Аналіз одержаних показників у певної групи пацієнтів може ілюструвати механізм дисоціації між об'єктивним поліпшенням, що настало в клінічних проявах хвороби, і суб'єктивним відчуттям важкості захворювання, про що свідчить зростання значень шкал "виснаження" та "інтенсивність скарг".

У медичній практиці часто представляє інтерес питання, чи має, наприклад, хворий на виразку обмежену локальну шлункову або дуоденальну симптоматику або пред'являє різноманітні неспецифічні скарги. В останньому випадку велика вірогідність участі психічних чинників у виникненні захворювання, і, відповідно, зростає роль психотерапії.

ПСО можуть застосовувати в практиці як індивідуальної, так і групової психотерапії для первинного обстеження й оцінки ефективності психотерапії. Найсуттєвішими в цьому контексті, згідно з літературними даними, є показники першої шкали.

4.2.12. Симптоматичний опитувальник Александровича

Інструкція досліджуваному: Нижче наведено великий перелік недуг (скарг), які часто зумовлені внутрішніми переживаннями та хвилюванням. Інформація про те, які з них виявлялися протягом останнього тижня, дасть можливість краще зрозуміти, що турбує Вас сьогодні.

Просимо Вас уважно прочитати кожне запитання й відзначити ту з відповідей, яка найповніше відповідає ступеню, в якому той чи інший недуг Вас турбує.

Якщо за цей період недомагання зовсім не виявлялося, обведіть кружечком знак "0".

Якщо виявлялося, але майже не обтяжувало, обведіть цифру "1".

Якщо було середньої важкості – обведіть кружечком цифру "2".

Якщо дуже обтяжувало – обведіть цифру "3".

Будь ласка, відповідайте на запитання якнайшвидше.

Номер за пор.	Перелік недуг	Варіанти відповідей
1	2	3
1.	Страх, який постійно з'являється під час перебування на балконах, мостах, на висоті тощо	0 1 2 3
2.	Почуття печалі, пригніченості	0 1 2 3
3.	Стиснутість, почуття, ніби кома в горлі	0 1 2 3
4.	Постійне почуття безпричинної тривоги	0 1 2 3
5.	Частий плач, сльози	0 1 2 3
6.	Почуття втоми, слабкості після пробудження зранку, яке проходить протягом дня	0 1 2 3
7.	Незадоволеність статевим життям	0 1 2 3
8.	Почуття, ніби знайомі предмети стали дивними й чужими	0 1 2 3
9.	Блювота в ситуаціях нервового напруження	0 1 2 3
10.	Погане самопочуття у місцях скупчення людей	0 1 2 3
11.	Свербіння шкіри, висипання, які швидко з'являються й зникають	0 1 2 3
12.	Багатократна перевірка, яка ускладнює життя, чи все зроблено правильно (чи закриті двері, вимкнене світло, газ тощо)	0 1 2 3
13.	Судоми у м'язах, які з'являються під час виконання тільки певних дій (судоми у пальцях при письмі, грі на музичних інструментах тощо)	0 1 2 3
14.	Головокружіння	0 1 2 3
15.	Недостатня самостійність	0 1 2 3
16.	Почуття виснажливого внутрішнього напруження	0 1 2 3
17.	Виявляння у себе ознак різних серйозних захворювань	0 1 2 3
18.	Настирливі думки, слова, уявлення, які нав'язливо з'являються й заважають	0 1 2 3
19.	Страшні сновидіння, нічні кошмари	0 1 2 3
20.	Прискорене, сильне серцебиття, яке не викликане фізичним навантаженням	0 1 2 3
21.	Страх або інші неприємні переживання, які постійно виникають, коли навколо немає людей (наприклад, у порожній квартирі)	0 1 2 3
22.	Сильне почуття провини, самозвинувачення	0 1 2 3
23.	Втрата чутливості шкіри у якійсь ділянці тіла	0 1 2 3
24.	Нез'ясований страх, який паралізує й унеможливлює якусь дію	0 1 2 3
25.	Глибоке, інтенсивне переживання неприємних подій	0 1 2 3
26.	Послаблення пам'яті	0 1 2 3

1	2	3
27.	Труднощі в сексуальному житті (наприклад, відсутність ерекції, передчасна еяколяція у чоловіків; спазми м'язів у жінок)	0 1 2 3
28.	Почуття, ніби світ, оточення скриті туманом	0 1 2 3
29.	Головний біль, який заважає щось робити	0 1 2 3
30.	Виснажливе почуття самотності	0 1 2 3
31.	Здуття живота, мимовільне випускання газів	0 1 2 3
32.	Багатократне повторення одних і тих самих непотрібних й безглуздих дій	0 1 2 3
33.	Заїкання	0 1 2 3
34.	Відчуття припливу крові до голови	0 1 2 3
35.	Невпевненість у собі, що ускладнює життя	0 1 2 3
36.	Розсіяність, яка заважає діяльності	0 1 2 3
37.	Дії та процедури (ритуали), які забирають багато часу й мають на меті уникнути хвороби	0 1 2 3
38.	Постійна боротьба з думками, які нав'язливо повертаються, про бажання нашкодити комусь, принизити	0 1 2 3
39.	Труднощі у засинанні	0 1 2 3
40.	Болі у серці	0 1 2 3
41.	Страх, який постійно виникає під час перебування у транспорті, що рухається	0 1 2 3
42.	Втрата віри у свої сили	0 1 2 3
43.	Короткочасна нерухливість, неможливість рухати руками або ногами	0 1 2 3
44.	Напади панічного жаху	0 1 2 3
45.	Схильність до сильних, глибоких переживань	0 1 2 3
46.	Почуття, ніби мислення значно утруднене і менш ясне, ніж звичайно	0 1 2 3
47.	Небажання вступати у статеві контакти з особами протилежної статі	0 1 2 3
48.	Почуття, ніби оточуючий світ нереальний	0 1 2 3
49.	Сухість у роті	0 1 2 3
50.	Уникання людей, навіть близьких знайомих	0 1 2 3
51.	Зомління	0 1 2 3
52.	Неконтрольована внутрішня необхідність виконувати непотрібні дії (наприклад, багатократне непотрібне миття рук, торкання чогось тощо)	0 1 2 3
53.	Різкі мимовільні рухи (тіки)	0 1 2 3
54.	Відсутність апетиту	0 1 2 3
55.	Безпорадність, життєва "невмілість"	0 1 2 3
56.	Нервовість, хаотичність у рухах, яка знижує ефективність дій	0 1 2 3
57.	Постійна концентрація уваги на тілесних функціях (наприклад, на роботі серця, пульсі, травленні тощо)	0 1 2 3

1	2	3
58.	Нав'язливі думки непристойного або ганебного змісту, які виникають мимоволі	0 1 2 3
59.	Напади голоду (наприклад, необхідність їсти вночі)	0 1 2 3
60.	Відчуття тепла та (або) холоду без видимої причини	0 1 2 3
61.	Страх, який з'являється завжди під час перебування на відкритій місцевості, наприклад, на великій площі	0 1 2 3
62.	Бажання покінчити з собою	0 1 2 3
63.	Періодичні порушення зору та слуху	0 1 2 3
64.	Занепокоєння	0 1 2 3
65.	Неможливість стримувати свої почуття, незважаючи на наслідки	0 1 2 3
66.	Труднощі у концентрації, зосередженні уваги	0 1 2 3
67.	Значне ослаблення або втрата статевого потягу	0 1 2 3
68.	Почуття відчуженості власного тіла	0 1 2 3
69.	Пронос	0 1 2 3
70.	Почуття сорому та скутості у присутності осіб протилежної статі	0 1 2 3
71.	Страх та (або) інші неприємні переживання, які виявляються лише під час перебування у закритих приміщеннях	0 1 2 3
72.	Сповільнення дій та мислення, апатія	0 1 2 3
73.	Неможливість вигукувати звуки, німота, яка раптово з'являється та зникає	0 1 2 3
74.	Закрепи	0 1 2 3
75.	Почуття, ніби Ви гірші за інших людей	0 1 2 3
76.	Ламання, биття, знищення предметів від злості або при нервовому збудженні	0 1 2 3
77.	Опасання за своє здоров'я (страх захворіти на якесь серйозне захворювання)	0 1 2 3
78.	Настирливе, нав'язливе, непотрібне рахування, наприклад, перехожих, ліхтарів, автомобілів	0 1 2 3
79.	Часте пробудження вночі	0 1 2 3
80.	Почервоніння обличчя, шиї, грудей	0 1 2 3
81.	Почуття страху, яке виникає при перебуванні у натовпі	0 1 2 3
82.	Песимізм, передчуття невдач та провалів у майбутньому	0 1 2 3
83.	Недомагання, які виникають у складних та неприємних ситуаціях	0 1 2 3
84.	Необґрунтоване почуття небезпеки, загрози	0 1 2 3
85.	Неочікуване бурхливе переживання радості, щастя, екстазу	0 1 2 3
86.	Постійне відчуття втоми	0 1 2 3
87.	Неприємні переживання, пов'язані з онанізмом	0 1 2 3
88.	Почуття, що Ви живите ніби уві сні	0 1 2 3
89.	Тремтіння у м'язах рук, ніг або усього тіла	0 1 2 3

1	2	3
91.	Алергічні недомагання ("сінна" лихоманка, набряки, які швидко виникають й зникають, тощо)	0 1 2 3
92.	Внутрішня необхідність виконувати якісь дії дуже повільно й педантично	0 1 2 3
93.	Судоми м'язів у різних частинах тіла	0 1 2 3
94.	Накопичення надмірної кількості слини в роті	0 1 2 3
95.	Марення наяву	0 1 2 3
96.	Неконтрольовані вибухи злості й гніву	0 1 2 3
97.	Відчуття, що Ви хворі на важке захворювання, яке загрожує Вашому життю	0 1 2 3
98.	Надмірна спрага	0 1 2 3
99.	Безсоння	0 1 2 3
100.	Сильне відчуття холоду та (або) тепла, яке виникає без видимої причини	0 1 2 3
101.	Сильний острах предметів, тварин або місць, боятися яких немає причини	0 1 2 3
102.	Нестача сили або енергії у якійсь діяльності	0 1 2 3
103.	Утруднення дихання (наприклад, відчуття нестачі повітря або задишка, які раптово з'являються й швидко минають)	0 1 2 3
104.	Почуття тривоги, неспокою перед важливими подіями, зустрічами тощо	0 1 2 3
105.	Почуття, ніби Вас недооцінюють	0 1 2 3
106.	Зниження швидкості мислення, втрата кмітливості	0 1 2 3
107.	Болі або інші неприємні відчуття у статевих органах	0 1 2 3
108.	Враження, ніби Ви вже колись бачили те, що насправді бачите зараз уперше	0 1 2 3
109.	Неприємні відчуття або біль, які виникають під дією шуму, яскравого світла або легких дотиків тощо	0 1 2 3
110.	Почуття, що люди ставляться до Вас вороже	0 1 2 3
111.	Мимовільне сечовиділення (наприклад, під час сну)	0 1 2 3
112.	Зловживання алкоголем	0 1 2 3
113.	Мимовільне тремтіння вій, обличчя, голови або інших частин тіла	0 1 2 3
114.	Неприємне потіння у моменти хвилювання	0 1 2 3
115.	Почуття, що Ви підкорюєтеся іншим людям	0 1 2 3
116.	Постійне почуття гніву, злості	0 1 2 3
117.	Невизначені, блукаючі болі	0 1 2 3
118.	Почуття протесту (бунту)	0 1 2 3
119.	Відчуття сонливості протягом дня, яке важко здолати і яке змушує засинати хоча б на якісь моменти, незалежно від обставин	0 1 2 3
120.	Відчуття припливу крові до голови	0 1 2 3

1	2	3
121.	Тривога за близьких людей, яким насправді ніщо не загрожує	0 1 2 3
122.	Почуття, що Ви гірші за інших людей	0 1 2 3
123.	Порушення рівноваги	0 1 2 3
124.	Страх, що з Вами щось станеться, або Ви самі заподієте собі щось жахливе (наприклад, кинетеся з вікна, або станеться якась катастрофа тощо)	0 1 2 3
125.	Почуття, що оточуючі не цікавляться Вами й Вашими справами	0 1 2 3
126.	Наплив думок	0 1 2 3
127.	Порушення місячних (у жінок)	0 1 2 3
128.	Почуття безбарвності (блідості), малої інтенсивності переживань	0 1 2 3
129.	Почуття м'язового напруження	0 1 2 3
130.	Потреба у самотності	0 1 2 3
131.	Печіння у стравоході, печія	0 1 2 3
132.	Почастішання сечовиділення	0 1 2 3
133.	Судома, яка змушує постійно крутити головою	0 1 2 3
134.	М'язові болі (наприклад, болі у попереку, грудній клітці тощо)	0 1 2 3
135.	Шум у вухах	0 1 2 3
136.	Нудота, переднепритомний стан	0 1 2 3
137.	Зниження статевої потенції	0 1 2 3
138.	Враження, що Ви вже були у якомусь місці чи ситуації, в якій насправді знаходитеся вперше	0 1 2 3

4.2.13. Методика незавершених речень Сакса–Сіднея, модифікована для психосоматичних хворих[1]

Суть методики полягає у тому, що досліджуваному пропонують опитувальник із 64 незавершених речень, і дають інструкцію закінчити їх першою фразою, що спала на думку.

Бланк опитувальника

Інструкція: Прочитайте уважно ці незавершені речення, доповнивши їх першою думкою, що прийшла вам у голову. Робіть це якнайшвидше. Якщо ви не можете закінчити яке-небудь речення, залиште його, обвівши кружком номер, і поверніться до нього пізніше. Будьте правдиві. Ваші відповіді нікому, окрім психотерапевта, не будуть відомі.

[1] Друкується з Малкина-Пых И. Г. Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005. – 992 с.

1. Думаю, що мій батько рідко...
2. Якщо все проти мене, то...
3. Я завжди хотів...
4. Якби я займав керівний пост...
5. Майбутнє здається мені...
6. Якби не хвороба...
7. Моє начальство...
8. Знаю, що безглуздо, але боюся...
9. Думаю, справжній друг...
10. Коли я був дитиною...
11. Ідеалом жінки (чоловіка) для мене є...
12. Коли я бачу жінку разом з чоловіком...
13. Порівняно з більшістю інших сімей моя сім'я...
14. Найкраще мені працюється з...
15. Моя мати і я...
16. Все-таки здорові люди...
17. Зробив би все, щоб забути...
18. Якби тільки мій батько захотів...
19. Думаю, що я достатньо вільний, щоб...
20. Я міг би бути дуже щасливим, якби...
21. Якщо хто-небудь працює під моїм керівництвом...
22. Сподіваюся на...
23. У школі мої вчителі...
24. Більшість моїх товаришів не знає, що я боюся...
25. Не люблю людей, які...
26. Раніше я...
27. Вважаю, що хлопців (дівчат)...
28. Подружнє життя здається мені...
29. Моя сім'я поводиться зі мною, як з...
30. Люди, з якими я працюю...
31. Моя мати...
32. Моєю найбільшою помилкою було...
33. Я хотів би, щоб мій батько...
34. Моя найбільша слабкість полягає в тому...
35. Моя хвороба...
36. Моїм прихованим бажанням у житті...
37. Мої підлеглі...
38. Настане той день, коли...
39. Коли до мене наближається мій начальник...

40. Хотілося б мені перестати боятися...
41. Найбільше люблю тих людей, які...
42. Якби я знову став молодим...
43. Вважаю, що більшість жінок (чоловіків)...
44. Якби у мене було нормальне статеве життя...
45. Більшість відомих мені сімей...
46. Люблю працювати з людьми, які...
47. Вважаю, що більшість матерів...
48. Коли я був молодим, то відчував себе винуватим, якщо...
49. Думаю, що мій батько...
50. Коли мені починає не щастити, я...
51. Коли я даю іншим доручення...
52. Найбільше я хотів би в житті...
53. Коли я буду старим...
54. Люди, вищість яких над собою я визнаю...
55. Мої побоювання не раз примушували мене...
56. Коли мене немає, мої друзі...
57. Через хворобу...
58. Моїм найжвавішим дитячим спогадом є...
59. Мені дуже не подобається, коли жінки (чоловіки)...
60. Моє статеве життя...
61. Коли я був дитиною, моя сім'я...
62. Люди, які працюють зі мною...
63. Я люблю свою матір, але...
64. Найгірше, що мені трапилося зробити, це...

У разі ускладнення випробовуваному необхідно повторити інструкцію і дати приклад відповіді: "Я думаю, що мій батько не має рації". Відповіді випробовуваного групуються в ключі.

Ключ до методики незавершених речень Сакса–Сіднея

1. Відношення до матері – речення № 15, 31,47, 63.
2. Відношення до батька – речення № 1, 18, 36, 49.
3. Відношення до сім'ї – речення № 13, 29, 45, 61.
4. Відношення до жінок (чоловіків) – речення №11, 27, 43 59.
5. Відношення до статевого життя – речення № 12, 28, 44, 60.
6. Відношення до товаришів і знайомих – речення № 9, 25,41,56.
7. Відношення до владних осіб на роботі, в школі – речення № 7, 23, 39, 54.
8. Відношення до підлеглих – речення № 4, 21, 37, 51.

9. Відношення до товаришів по роботі – речення № 14, 30, 43, 62.
10. Страхи і побоювання – речення № 8, 24, 40, 55.
11. Свідомість вини – речення № 17, 32, 48, 64.
12. Відношення до себе – речення № 2, 19, 37, 50.
13. Відношення до минулого – речення № 10, 26, 42, 58.
14. Відношення до майбутнього – речення № 5, 22, 38, 53.
15. Цілі – речення № 3, 19, 36, 52.
16. Відношення до хвороби – речення № 6, 16, 35, 57.

Опрацювання результатів

Враховується якість відповіді (зміст завершеного речення), латентний період (час, витрачений на обдумування відповіді), а також емоційна реакція випробовуваного.

Кожна відповідь (система відносин) оцінюється за 3-бальною системою:

0 балів ставиться в тому випадку, якщо адаптація не порушена, конфлікт не виявлений;

1 – якщо конфлікт на субклінічному рівні, випробовуваний сам бачить шляхи вирішення конфлікту;

2 – коли адаптація порушена, вимагає психотерапевтичної корекції.

Аналізуючи відповіді випробовуваного, вдається виявити його відношення до себе, свого минулого, теперішнього, майбутнього, навколишнього середовища тощо.

Частина відповідей буває формального характеру, відповідаючи за змістом початку фрази. Емоційно значущі речення навіть при формальній відповідності відповіді супроводжуються затримкою (подовженням латентного періоду), міміко-вегетативною реакцією.

У пацієнтів з істеричною акцентуацією, зазвичай, виявляється безліч конфліктів, виражена демонстративність, химерність відповідей.

У пацієнтів зі страхами і хворобливими переживаннями виявляється невпевненість у майбутньому.

Чим категоричніші і яскравіші (навіть негативні) відповіді, що свідчать про конфлікт, тим більше вони сигналізують про соціальну дезадаптацію досліджуваного.

Методика допомагає зорієнтуватися у багатоманітній системі відносин особистості пацієнта, виявити порушення цих відно-

син, визначити точки прикладення психотерапевтичної корекції і реабілітації пацієнтів.

Включення чотирьох додаткових речень (№ 6, 16, 35, 57) дає змогу оцінити ступінь впливу психотравмуючої дії на виявлення соматичного захворювання. При цьому треба мати на увазі, що захворювання як психотравма може знаходити своє відображення і у висловах пацієнтів з інших питань, прямо не пов'язаних з хворобою.

4.2.14. "Тип ставлення до хвороби" — особистісний опитувальник Бехтєрєвського інституту (ООБІ)

Для широкого використання психотерапії у соматичній клініці необхідне чітке уявлення про так звані психотерапевтичні "мішені", якими, зокрема, можуть бути різні варіанти (типи) особистісного реагування на хворобу та соціальну дезадаптацію у зв'язку із захворюванням. Тому використовують оригінальну експериментально-психологічну методику ООБІ, яка призначена для вивчення варіантів особистісного реагування на захворювання, а також для визначення типу ставлення до хвороби у хворих з різними (психо)соматичними та неврологічними захворюваннями. Методику розробляли, насамперед, для лікарів загальної практики з урахуванням великої питомої ваги у їхній діяльності психосоматичної патології.

Ставлення до хвороби інтегрує усі психологічні категорії, в рамках яких аналізують поняття "внутрішня картина хвороби". Це і знання про хворобу, її усвідомлення особистістю, розуміння ролі й впливу хвороби на життєве функціонування та емоційні, поведінкові реакції, пов'язані з хворобою. Стратегія адаптивної або дезадаптивної поведінки хворих у теперішньому й майбутньому передбачає різні варіанти: активну боротьбу з хворобою, прийняття ролі хворого, ігнорування хвороби та інші захисні пристосувальні механізми особистості, які не може не враховувати лікар, психолог, психотерапевт в активній роботі з хворим та його оточенням.

Ставлення до хвороби завжди значуще, отже впливає й на інші системи відношень особистості. Визначається це різними чинниками: преморбідними особливостями хворого, природою самого захворювання, мікросоціальним оточенням тощо. Очевидно, що ставлення до хвороби виявляється у поведінці хворого, його взаємостосунках з медичним персоналом та рідними, ставленні до лікування й майбут-



нього. Спектр особистісних реакцій на хворобу, як показує спеціальна література, великий: від повного її ігнорування до втечі в хворобу. Допомогою хворому можуть стати психофармакологічні й психотерапевтичні методи впливу, особливо у соматичній клініці, де психотерапевт, торкаючись головно вторинних порушень значущих відносин особистості, може сприяти корекції неадекватних реакцій особистості на хворобу, створенню у хворих реалістичніших установок на лікування, відновленню сімейний та ширших соціальних зв'язків тощо. Психологічні методи корекції неправильних позицій хворих не тільки сприяють поліпшенню їхнього стану, а й профілактиці рецидивів хвороби, попереджуючи дистреси, які призводять до декомпенсації хворих. Усунення у процесі психотерапії проявів патологічних особистісних реакцій хворих має значення й для полегшення соматичної важкості страждання, оскільки вегетативний "підтекст" емоційних реакцій органічно вплітається у структуру клінічних проявів хвороби, ускладнюючи її вторинними афективними психосоматичними розладами.

Нижче приводимо типологію ставлень до хвороби, текст опитувальника, правила роботи з ним, зразок реєстраційного листа, діагностичний код, правила опрацювання та інтерпретації даних.

Класифікація типів ставлення до хвороби

Гармонійний (Г). Твереза оцінка свого стану без схильності перебільшувати його важкість та без підстав бачити усе в темному світлі, але й без недооцінювання важкості хвороби. Прагнення у всьому сприяти успіхові лікування. Небажання обтяжувати інших турботами догляду за собою. У випадку несприятливого прогнозу у смислі інвалідизації – переключення інтересів на ті ділянки життя, які залишаться доступними хворому. При несприятливому прогнозі ad vitam – зосередження уваги, турбот, інтересів на долі ближніх, своєї справи.

Ергопатичний (Р). "Втеча від хвороби в роботу". Навіть у разі важкості хвороби й страждань прагнення, незважаючи на це, продовжувати роботу. Характерне надвідповідальне, одержиме, стенічне ставлення до роботи, у низці випадків – виражене ще більшою мірою, ніж до хвороби. Вибіркове ставлення до обстеження й лікування, зумовлене прагненням за будь-що зберегти професійний статус і можливість продовження активної трудової діяльності.

Анозогностичний (З). Активне відкидання думки про захворювання, про можливі його наслідки. Заперечення очевидного. Приписування проявів хвороби випадковим обставинам або іншим несерйозним захворюванням. Відмова від обстеження та лікування. Бажання "обійтися своїми засобами". У разі ейфоричного варіанта цього типу – необґрунтовано підвищений настрій. Зневажливе, легковажне ставлення до хвороби та лікування. Надія на те, що "усе саме минеться". Бажання продовжувати отримувати від життя усе, незважаючи на хворобу. Легкість порушень режиму, які несприятливим чином відбиваються на протіканні хвороби.

Тривожний (Т). Безперервне піклування, стурбованість та помисливість у відношенні до несприятливого перебігу хвороби, можливих ускладнень, неефективності й навіть небезпечності лікування. Пошук нових способів лікування, жага додаткової інформації про хворобу та методи лікування, безперервний пошук "авторитетів". На відміну від іпохондричного типу більшою мірою виражений інтерес до об'єктивних даних про хворобу (результати аналізів, висновки спеціалістів), ніж фіксація на суб'єктивних відчуттях. Тому перевагу надають слуханню інших, ніж поспішно пред'являти свої скарги. Настрій тривожний, пригніченість унаслідок цієї тривоги. При обсесивно-фобічному варіанті цього типу – тривожна помисливість найперше стосується боязні не реальних, а малоймовірних ускладнень захворювання, невдач лікування, а також можливих (але малообґрунтованих) невдач у житті, роботі, сімейній ситуації через хворобу. Уявні небезпеки хвилюють більше, ніж реальні. Захистом від тривоги стають прикмети та ритуали.

Іпохондричний (І). Зосередженість на суб'єктивних хворобливих та інших неприємних відчуттях. Прагнення постійно розказувати про них оточуючим. На їхній основі перебільшення справжніх та вишукування неіснуючих захворювань і страждань. Перебільшення побічної дії ліків. Поєднання бажання лікуватися та невіри в успіх, вимог ретельного обстеження та боязні шкоди й болючості процедур.

Неврастенічний (Н). Поведінка за типом "дратівливої слабкості". Спалахи роздратування, особливо при болях, при непри-



ємних відчуттях, несприятливих даних обстеження, невдачах лікування. Роздратування часто виливається на першого, хто попадеться, й завершується часто розкаянням та слізьми. Непереносимість больових відчуттів. Нетерпеливість. Нездатність чекати полегшення. В подальшому – розкаяння за хвилювання й нестриманість.

Меланхолічний (М). Пригніченість від хвороби, невіра у виліковність, можливе покращання, ефект лікування. Активні депресивні висловлювання аж до суїцидальних думок. Песимістичний погляд на усе довкола. Невіра в успіх лікування навіть за сприятливих об'єктивних даних.

Апатичний (А). Повна байдужість до своєї долі, до завершення хвороби, до результатів лікування. Пасивне підкорення процедурам та лікуванню при вимогливому спонуканні зі сторони. Втрата інтересу до життя, до всього, що раніше хвилювало.

Сенситивний (С). Надмірна стурбованість через можливе несприятливе враження, яке може справити на оточення відомості про своє захворювання. Занепокоєння тим, що оточуючі почнуть уникати, вважати неповноцінним, зневажливо або з підозрою ставитися, пускати плітки або несприятливі свідчення про причину й природу захворювання. Боязнь стати тягарем для близьких через хворобу та недоброзичливе ставлення з їхньої сторони через це.

Егоцентричний (Я). "Втеча в хворобу". Виставляння напоказ близьким та оточенню своїх страждань та переживань з метою повністю заволодіти їхньою увагою. Вимагання виключної опіки – усі повинні забути й покинути усе та піклуватися тільки про хворого. Розмови оточуючих швидко зводяться "на себе". Інші люди, які також потребують уваги та опіки, розглядаються лише як "конкуренти", ставлення до них – неприязне. Постійне бажання показати іншим своє особливе становище, свою виключність стосовно хвороби.

Паранойяльний (П). Впевненість, що хвороба – результат чийогось злого наміру. Крайня підозрілість до ліків та процедур. Прагнення приписувати можливі ускладнення або побічну дію ліків халатності або злому наміру лікарів та персоналу. Звинувачення й вимагання покарань через це.

Дисфоричний (Д). Домінує похмуро-озлоблений настрій, постійний понурий вигляд. Заздрість та ненависть до здорових. Вимагання особливої уваги до себе та підозрілість до процедур та лікування. Деспотичне ставлення до близьких – вимагання у всьому догоджати.

Текст опитувальника

Опитувальник містить 12 таблиць-наборів, які складаються від 11 до 17 пронумерованих тверджень.

I. Самопочуття

1. З тих пір, як я захворів, у мене майже завжди погане самопочуття.
2. Я майже завжди почуваю себе бадьорим та сповненим сил.
3. Погане самопочуття я намагаюсь перебороти.
4. Погане самопочуття я намагаюсь не показувати іншим.
5. У мене майже завжди що-небудь болить.
6. Погане самопочуття виникає у мене після засмучення.
7. Погане самопочуття з'являється у мене від очікування неприємностей.
8. Я намагаюсь терпеливо переносити біль та фізичні страждання.
9. Моє самопочуття цілком задовільне.
10. З тих пір, як я захворів, у мене буває погане самопочуття з нападами дратівливості й почуттям туги.
11. Моє самопочуття дуже залежить від того, як до мене ставляться оточуючі.
12. Жодне з тверджень до мене не підходить.

II. Настрій

1. Зазвичай, настрій у мене дуже хороший.
2. Через хворобу я часто буваю нетерплячим й дратівливим.
3. У мене настрій псується через очікування можливих неприємностей, хвилювання за близьких, невпевненість у майбутньому.
4. Я не дозволяю собі через хворобу піддаватися суму та тузі.
5. Через хворобу у мене майже завжди поганий настрій.
6. Мій поганий настрій залежить від поганого самопочуття.
7. Я став абсолютно байдужим.
8. У мене бувають напади похмурої дратівливості, під час яких страждають оточуючі.
9. У мене не буває суму й туги, проте може бути жорстокість та гнів.
10. Найдрібніші неприємності сильно засмучують мене.
11. Через хворобу у мене завжди тривожний настрій.
12. Мій настрій зазвичай такий самий, як у оточуючих людей.
13. Жодне з тверджень мені не підходить.

III. Сон та пробудження від сну

1. Прокинувшись, я відразу змушую себе встати.
2. Ранок для мене – найважча пора доби.
3. Якщо мене щось прикро вразить, я довго не можу заснути.

4. Я погано сплю вночі й відчуваю сонливість удень.
5. Я сплю мало, проте встаю бадьорим, сни бачу рідко.
6. Зранку я активніший та мені легше працювати, ніж увечері.
7. У мене поганий та неспокійний сон, часто бувають погані сновидіння.
8. Безсоння у мене настає періодично без особливих причин.
9. Я не можу спати спокійно, якщо зранку треба встати у певний час.
10. Вранці я встаю бадьорим та енергійним.
11. Я прокидаюся з думкою про те, що сьогодні треба буде зробити.
12. Вночі у мене бувають напади страху.
13. Зранку я відчуваю повну байдужість до усього.
14. Я можу вільно регулювати свій сон.
15. Вночі мене особливо переслідують думки про мою хворобу.
16. У сні мені вбачаються різні хвороби.
17. Жодне з тверджень мені не підходить.

IV. Апетит та ставлення до їжі

1. Часто я соромлюся їсти при сторонніх людях.
2. У мене хороший апетит.
3. У мене поганий апетит.
4. Я люблю смачно попоїсти.
5. Я їм із задоволенням і не люблю обмежувати себе в їжі.
6. Мені легко можна зіпсувати апетит.
7. Я боюся зіпсованої їжі й завжди ретельно перевіряю її свіжість та доброякісність.
8. Їжа мене цікавить насамперед як засіб підтримати своє здоров'я.
9. Я намагаюся дотримуватись дієти, яку сам(а) розробив(ла).
10. Їжа не приносить мені ніякого задоволення.
11. Жодне з тверджень мені не підходить.

V. Ставлення до хвороби

1. Моя хвороба мене лякає.
2. Я так втомився(лася) від хвороби, що мені байдуже, що зі мною буде.
3. Намагаюся не думати про хворобу й жити безтурботним життям.
4. Моя хвороба найбільше пригнічує мене тим, що люди стали сторонитися мене.
5. Постійно думаю про всі можливі ускладнення, пов'язані з хворобою.
6. Я думаю, що моя хвороба невиліковна й нічого хорошого мене не очікує.
7. Вважаю, що моя хвороба запущена через недбалість та невміння лікарів.
8. Вважаю, що небезпеку моєї хвороби лікарі перебільшують.
9. Намагаюсь перебороти хворобу, працювати як раніше й навіть ще більше.
10. Я відчуваю, що моя хвороба набагато складніша, ніж це можуть визначити лікарі.
11. Я здоровий, і хвороби мене не турбують.
12. Моя хвороба протікає зовсім незвично – не так як у інших, тому вимагає особливої уваги.

13. Моя хвороба мене дратує, робить нетерпеливим, запальним.
14. Я знаю, з чиєї вини я захворів, і не пробачу цього ніколи.
15. Я з усіх сил намагаюся не піддаватися хворобі.
16. Жодне твердження мені не підходить.

VI. Ставлення до лікування

1. Уникаю будь-якого лікування – сподіваюся, що організм сам переборе хворобу, якщо про неї менше думати.
2. Мене лякають труднощі й небезпека, пов'язані з попереднім лікуванням.
3. Я був би готовий на болісне і навіть небезпечне лікування, тільки б позбавитися хвороби.
4. Я не вірю в успіх лікування й вважаю його марним.
5. Я шукаю нові способи лікування, але, на жаль, у всіх них поступово розчаровуюся.
6. Вважаю, що мені призначають багато непотрібних ліків, процедур, мене вмовляють на нікчемну операцію.
7. Усякі нові ліки, процедури й операції викликають у мене нескінченні думки про ускладнення й небезпеку, пов'язані з ними.
8. Від лікування мені стає тільки гірше.
9. Ліки й процедури часто мають на мене таку незвичну дію, що це дивує лікарів.
10. Вважаю, що серед застосованих заходів лікування є настільки шкідливі, що їх варто було б заборонити.
11. Вважаю, що мене лікують неправильно.
12. Я не потребую ніякого лікування.
13. Мені набридло нескінчене лікування, хочу лише, щоб мене залишили у спокої.
14. Я уникаю говорити про лікування з іншими людьми.
15. Мене дратує і злить, коли лікування не приносить покращання.
16. Жодне твердження мені не підходить.

VII. Ставлення до лікарів та медперсоналу

1. Головним для кожного медпрацівника я вважаю увагу до хворого.
2. Я хотів би лікуватися у такого лікаря, який дуже відомий.
3. Вважаю, що я захворів більше з вини лікарів.
4. Мені здається, що лікарі мало що розуміють у моїй хворобі і лише роблять вигляд, що лікують.
5. Мені байдуже, хто і як мене лікує.
6. Я часто непокоюся про те, що не сказав лікареві щось важливе, що може вплинути на успіх лікування.
7. Лікарі і медперсонал часто викликають у мене неприязнь.
8. Я звертаюся то до одного, то до іншого лікаря, оскільки не впевнений в успіху лікування.
9. З великим шануванням я ставлюся до медичної професії.



10. Я неодноразово переконувався, що лікарі й медперсонал неуважні й недбало виконують свої обов'язки.
11. Я буваю нетерплячим і дратівливим з лікарями та персоналом, а потім шкодую про це.
12. Я здоровий і допомоги лікарів не потребую.
13. Вважаю, що лікарі й персонал марно витрачають на мене час.
14. Жодне з тверджень мені не підходить.

VIII. Ставлення до рідних і близьких

1. Я настільки занурений у думки про хворобу, що справи ближніх перестали мене турбувати.
2. Я намагаюсь рідним і близьким не показувати, наскільки я хворий, щоб не засмучувати їх.
3. Близькі марно хочуть зробити з мене важко хворого.
4. Мене мучать думки, що через мою хворобу на моїх близьких чекають труднощі й негоди.
5. Мої близькі не хочуть зрозуміти важкість моєї хвороби й не співчувають моїм стражданням.
6. Близькі не зважають на мою хворобу й хочуть жити у своє задоволення.
7. Я соромлюся своєї хвороби навіть перед близькими.
8. Через хворобу я втратив усякий інтерес до справ і турбот близьких та рідних.
9. Через хворобу я став тягарем для близьких.
10. Здоровий вигляд та безтурботне життя близьких викликають у мене неприязнь.
11. Я вважаю, що захворів через своїх близьких.
12. Я намагаюся менше обтяжувати й доставляти турбот моїм близьким через свою хворобу.
13. Жодне твердження мені не підходить.

IX. Ставлення до роботи (навчання)

1. Хвороба робить мене ні на що нездатним працівником (нездатним вчитися).
2. Я боюся, що через хворобу я втрачу хорошу роботу (змушений буду піти з навчального закладу).
3. Я став абсолютно байдужим до своєї роботи (навчання).
4. Через хворобу мені стало не до роботи (навчання).
5. Весь час хвилююся, що через хвороби можу припуститися помилки на роботі (не справитись з навчанням).
6. Вважаю, що хвороба моя через те, що робота (навчання) зашкодила(ло) моєму здоров'ю.
7. На роботі (по місцю навчання) зовсім не зважають на мою хворобу й навіть придираються до мене.
8. Не вважаю, що хвороба може зашкодити моїй роботі (навчанню).

9. Я намагаюся, щоб на роботі (по місцю навчання) менше знали й говорили про мою хворобу.
10. Я вважаю, що незважаючи на хворобу, роботу (навчання) треба продовжувати.
11. Хвороба зробила мене на роботі (навчанні) непосидючим і нетерплячим.
12. На роботі (у навчанні) я намагаюся забути про свою хворобу.
13. Усі дивуються й захоплюються тим, що я успішно працюю (вчуся), незважаючи на хворобу.
14. Моє здоров'я не заважає мені працювати (вчитися) там, де я хочу.
15. Жодне з тверджень мені не підходить.

X. Ставлення до оточення

1. Мені тепер байдуже, хто мене оточує і хто біля мене.
2. Мені хочеться лише, щоб оточуючі залишили мене у спокої.
3. Коли я захворів, усі про мене забули.
4. Здоровий вигляд і життєрадісність оточуючих дратує мене.
5. Я намагаюся, щоб інші не помічали моєї хвороби.
6. Моє здоров'я не заважає мені спілкуватися з оточуючими, скільки мені захочеться.
7. Мені би хотілося, щоб оточуючі відчули на собі, як важко хворіти.
8. Мені здається, що оточуючі цураються мене через мою хворобу.
9. Оточуючі не розуміють моєї хвороби й моїх страждань.
10. Моя хвороба й те, як я її переношу, дивують та вражають оточуючих.
11. З оточуючими я намагаюся не говорити про мою хворобу.
12. Моє оточення довело мене до хвороби, і я цього не прощу.
13. Серед оточуючих я тепер бачу, як багато людей страждають від хвороби.
14. Спілкування з людьми тепер стало швидко набридати і навіть дратує мене.
15. Моя хвороба не заважає мені мати друзів.
16. Жодне твердження мені не підходить.

XI. Ставлення до самотності

1. Надаю перевагу самотності, оскільки коли я один, мені стає краще.
2. Я відчуваю, що хвороба приречує мене на повну самотність.
3. На самоті я намагаюсь знайти якусь цікаву та потрібну роботу.
4. На самоті мене починають особливо переслідувати сумні думки про хворобу, ускладнення, страждання, які попереду.
5. Часто, залишившись на самоті, я швидше заспокоююсь: люди стали сильно мене дратувати.
6. Соромлячись хвороби, я намагаюся віддалитися від людей, а на самоті я сумую за людьми.
7. Уникаю самотності, щоб не думати про свою хворобу.
8. Мені стало все одно: що бути серед людей, що залишатися на самоті.
9. Бажання побути наодинці залежить у мене від обставин та настрою.
10. Я боюся залишатися на самоті через побоювання, пов'язані з хворобою.
11 Жодне твердження мені не підходить.



XII. Ставлення до майбутнього

1. Хвороба робить моє майбутнє сумним та похмурим.
2. Моє здоров'я поки що не дає ніяких підстав хвилюватися за майбутнє.
3. Я завжди надіюся на щасливе майбутнє, навіть у найбільш відчайдушних ситуаціях.
4. Не вважаю, що хвороба може суттєво відбитися на моєму майбутньому.
5. Акуратним лікуванням та дотриманням режиму я сподіваюсь досягти покращання здоров'я у майбутньому.
6. Своє майбутнє я цілком пов'язую з успіхом у моїй роботі (навчанні).
7. Мені стало байдуже, що зі мною станеться в майбутньому.
8. Через мою хворобу я в постійній турботі про своє майбутнє.
9. Я переконаний, що в майбутньому розкриються помилки та недбалість тих, через кого я захворів.
10. Коли я думаю про своє майбутнє, мене охоплює сум і роздратування на інших людей.
11. Через хворобу я дуже тривожуся за своє майбутнє.
12. Жодне з тверджень мені не підходить.

Правила роботи досліджуваного з опитувальником

Досліджуваному пропонують у кожній таблиці-наборі обрати 1–2 найбільш відповідних для нього твердження та обвести кружечком номери зроблених виборів у реєстраційному листі, зразок якого наводиться нижче. Якщо хворий не може вибрати ні одного твердження з якоїсь теми, то він обов'язково має відмітити останнє твердження у відповідній таблиці-наборі.

Час заповнення реєстраційного листа необмежений.

Дослідження можна проводити одночасно з невеликою групою досліджуваних за умови, що вони не будуть радитися один з одним.

Крім того, у реєстраційний лист заносять дані про хворого відповідно до практичних та дослідницьких завдань, які стоять перед лікарем та клінічним психологом, наприклад: розгорнутий клінічний діагноз та провідний синдром, тривалість захворювання та стресові ситуації, що йому передували, інвалідність, прогноз захворювання, зміни соціального та сімейного статусу унаслідок захворювання тощо.

Діагностичний код опитувальника “Тип ставлення до хвороби”

I тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1				3	5	2	5	3		3	3	
2			4									
3	5	5										
4	4	3							4			
5			*		5							
6						3						
7				4								
8	4	3										
9			4									
10						4					1	4
11									4	4	3	
12								3				

II тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1			4									
2						5						3
3				4					4			
4	5	5	3									
5			*		4		5			3		
6	2			4	3					3		
7		*						5				
8												5
9	*										3	3
10						2			4			
11	*			4								
12												
13												



IV тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1									5			
2	3		5									
3					4	3	4	1		2		
4			3									
5			4									
6				3		4			4	3		4
7				2							5	
8		5			3			1				
9					3						3	
10							4	5				
11												

III тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1	3	5										
2							4					2
3						3			4	3	2	
4						2		2				
5			3									
6	2											
7				3		2	4			2	3	3
8												
9												
10			4									
11		4										
12				3								
13							3	5				
14												
15				3	4							
16					3							
17												

VI тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1	*	2	4									
2				4		1			1			
3	4	3			3							
4	*						5	3				
5		*		2	4					2		
6								1			2	3
7	*	*		4								
8												
9										5		
10											5	
11											3	2
12	*		4									
13		1					2	5				
14	3								5			
15						4						4
16												

V тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1			*	4								
2		*					2	5				
3			4						5			
4	*		*	5								
5			*		4		5	2				
6										2	4	3
7			4									
8		5										
9			*	3	5		2			3		
10			3									
11										5		
12						5						4
13											5	2
14	5	4										
15												
16												



VII тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1	4	1			3				3	4		
2										4		
3											4	
4	*				3		2				3	3
5								5				
6			*	4					3			
7												4
8		*		3	4							
9	5	3							2			
10											5	4
11						5						
12			4									
13	*		3				4	3				
14												

VIII тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1	*		*		3		3					
2	4	3							4			
3		3	4									
4				4								
5			*		5					4		
6						2				5	1	4
7									5			
8							3	5				
9							4		3			
10						4						4
11											5	
12	5	5										
13												

IX тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1			*				4	1				
2				4					2			
3	*	*					3	4				
4	*		*		4		3	2				
5				4					3			
6											5	3
7		*			3					4	2	4
8		3	4									
9	3								5			
10	4	5										
11						5						
12	4	3										
13			3						4			
14			4									
15												

X тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1	*						3	5				
2						1	4	4				
3												
4	*					3						4
5	3	3							4			
6		2	4									
7	*		*		3					3	2	3
8				2					4			
9			*	2	4					4		
10										3		
11	3	3							4			
12											5	
13												
14						5		1				3
15	4		3									
16												

XI тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1								1	1		2	
2	*		*				4			2		
3	4	5										
4			*	4	4		2					
5						5					2	4
6									5			
7	3	2										
8	*							5				
9	4		3			2						1
10			*	4	3						3	
11												

XII тема	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
1			*		4		5	1				
2			5									
3	2		4									
4			3									
5	5											
6		5										
7	*						2	5				
8			*	4	3	1			3			
9											5	2
10	*					4				2		5
11			*	4		3			3	2		
12												

Примітки:

1. Літерними символами позначені шкали типів ставлення до хвороби: Г – гармонійний, Р – ергопатичний, З – анозогностичний, Т – тривожний, І – іпохондричний, Н – неврастенічний, М – меланхолічний, А – апатичний, С – сенситивний, Я – егоцентричний, П – паранойяльний, Д – дисфоричний.
2. Римськими цифрами вказані теми наборів тверджень опитувальника: І – самопочуття, ІІ – настрій, ІІІ – сон та пробудження від сну, IV – апетит та ставлення до їжі, V – ставлення до хвороби, VI – ставлення до лікування, VII – ставлення до лікарів та медперсоналу, VIII – ставлення до рідних та близьких, IX – ставлення до роботи (навчання), X – ставлення до оточення, XI – ставлення до самотності, XII – ставлення до майбутнього.
3. Арабськими цифрами вказані номери тверджень у темі та відповідні їм діагностичні коефіцієнти.
4. Знаком * відмічені твердження, які вимагають прирівнювання до нуля відповідної шкальної оцінки.

Правила аналізу даних опитувальника

1. Під час аналізу використовують бланк "результати обстеження", зразок якого наведено нижче.
2. За таблицею кодів для кожного відміченого у реєстраційному листі твердження визначаються діагностичні коефіцієнти, які заносяться у бланк "результати обстеження".
3. Діагностичні коефіцієнти у кожному із стовпців, які відповідають 12 шкалам типів відношення до захворювання, сумують, отримують 12 значень шкальних оцінок, які заносять у графу, позначену (Σ).
4. Шкальна оцінка для гармонійного, ергопатичного та анозогностичного типів прирівнюється до нуля, якщо серед тверджень, обраних досліджуваним, зустрічається хоча б одне, вказане у коді знаком (*).

Числове вираження правила діагностики типу ставлення до хвороби

5. Під час діагностики типу знаходять шкалу з максимальним значенням суми діагностичних коефіцієнтів. Визначають, чи є у профілі такі шкали, які знаходяться у межах діагностичної зони – оцінки яких відстають від максимальної у межах 7 балів. Якщо шкала з максимальною оцінкою залишається єдиною, й немає інших шкал, які відстають від неї у межах 7 балів, то діагностується лише тип, який відповідає цій шкалі (див. рис. 1).
6. Якщо до діагностичної зони (інтервал 7 балів), крім шкали з максимальною оцінкою, потрапляє ще одна або дві шкали, то діагностують змішаний тип, який позначають відповідно до назв шкал, які його утворюють (див. рис. 2, 3).
7. Якщо до діагностичної зони потрапляє більше трьох шкал, то діагностують дифузний тип (див. рис. 4).
8. Гармонійний тип діагностують тільки як "чистий", тобто лише у тому випадку, коли шкала цього типу має максимальну оцінку і немає інших шкал, які потрапляють до діагностичної зони (див. рис. 5).
9. У разі змішаного типу, якщо до діагностичної зони поруч з іншими шкалами потрапляє шкала гармонійного типу, то її виключають з розгляду як складову (див. рис. 6).



Графічне вираження правила діагностики типу ставлення до хвороби

10. Графічно на бланку "результати обстеження" зображуються величини шкальних оцінок у формі профілю, де по горизонталі відмічені літерні символи 12 шкал, а по вертикалі – числові значення шкальних оцінок.
11. Графічно правило діагностики зводиться до того, що на профілі виділяють максимальний пік та проводять горизонталь нижче його вершини на 7 балів. Якщо ця горизонталь не перетинає ні один з інших піків профілю, то ставлять діагноз "чистого" типу (див. рис. 1).
12. Якщо горизонталь крім максимального піку перетинає або торкається одного або двох піків профілю, то ставлять діагноз змішаного типу (див. рис. 2, 3).
13. Якщо горизонталь перетинається або торкається більше ніж трьох піків профілю, діагностується дифузний тип (див. рис. 4).

Приклади використання сформульованих вище правил діагностики типів ставлення до хвороби наводимо нижче у графічній формі на рис. 1–6.

Реєстраційний лист опитувальника
"Тип ставлення до хвороби"

Прізвище, ім'я та по батькові ________________________________

Вік___Стать________Освіта ___________________________________

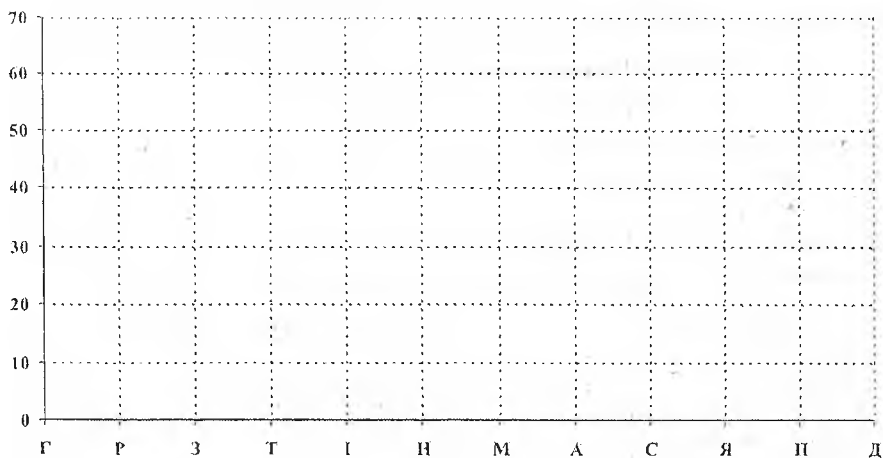
У графі "Номери обраних відповідей" обведіть кружечком для кожної теми номери тих двох тверджень, які найбільше для Вас підходять.

	Теми тверджень	Номери обраних відповідей
I.	Самопочуття	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
II.	Настрій	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
III.	Сон та пробудження від сну	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17
IV.	Апетит та ставлення до їжі	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
V.	Ставлення до хвороби	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VI.	Ставлення до лікування	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
VII.	Ставлення до лікарів та медперсоналу	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14
VIII.	Ставлення до рідних та близьких	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13
IX.	Ставлення до роботи (навчання)	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15
X.	Ставлення до оточення	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16
XI.	Ставлення до самотності	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11
XII.	Ставлення до майбутнього	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Результати обстеження
за методикою “Тип ставлення до хвороби”

Теми опитувальника

Шкали	Г	Р	З	Т	І	Н	М	А	С	Я	П	Д
I												
II												
III												
IV												
V												
VI												
VII												
VIII												
IX												
X												
XI												
XII												
Σ												



Діагностовано тип ставлення до хвороби ____________________

____

____



Інтерпретація даних опитувальника

1. Інтерпретація діагностованого типу ставлення до хвороби

А. Діагностується "чистий" тип ставлення до хвороби

У цьому випадку змістовний аналіз проводиться на основі клініко-психологічного описання діагностованого типу, яке представлене у розділі "класифікація типів ставлення до хвороби".

Б. Діагностується "змішаний" тип ставлення до хвороби

У цьому випадку інтерпретація ґрунтується на описанні типів, які складають діагностований змішаний тип.

Доцільно також звертати увагу на змістовний характер співвідношення між складовими змішаного типу. Таке співвідношення може бути як узгодженим (наприклад, неврастенічний – дисфоричний, іпохондричний – меланхолічний, паранойяльний – дисфоричний), так і супротивним (наприклад, іпохондричний – анозогностичний). Останнє може свідчити про супротивний характер та саму структуру відношень особистості, пов'язаних з хворобою.

Загалом особливості структури змішаних типів можуть інтерпретуватися в контексті усіх свідчень про хворого. При цьому спеціальний аналіз можна застосовувати до змісту обраних хворим тверджень, які відносяться до різних тем опитувальника ("самопочуття", "ставлення до лікування", "ставлення до хвороби" тощо).

2. Інтерпретація профілю шкальних оцінок

Профіль шкальних оцінок характеризує сукупність окремих аспектів багатомірного ставлення до хвороби та має інтерпретуватися за аналогією з інтерпретацією шкальних оцінок інших психологічних опитувальників, таких як MMPI, опитувальник Кеттела та ін.

З метою узагальнюючого аналізу профілю шкальних оцінок шкали об'єднані у три блоки.

До І-го блоку включені шкали гармонійного (Г), ергопатичного (Р) та анозогностичного (З) типів реагування. Ці типи характеризуються меншим виявленням соціальної дезадаптації хворого унаслідок захворювання. У II-й та III-й блоки включені шкали таких типів реагування на захворювання, які характеризуються наявністю особистісної дезадаптації через захворювання.

Другий блок включає типи реагування з інтрапсихічною спрямованістю: тривожний (Т), іпохондричний (І) та апатичний (А). Емоційно-афективний аспект відношень у хворих з цими типами реагування клінічно виражається у реакціях за типом дратівливої слабкості, пригніченому стані, "втечі в хворобу", відмові від боротьби – "капітуляції" перед захворюванням та іншими.

Третій блок шкал містить типи реагування особистості на хворобу з інтерпсихічною спрямованістю. Ці типи відображають таке сенсибілізоване ставлення до хвороби, яке, ймовірно, найбільшою мірою пов'язане з преморбідними особливостями особистості хворих: сенситивний (С), егоцентричний (Я), паранойяльний (П), дисфоричний (Д). Хворі із вказаними типами ставлення до хвороби при різних емоційно-афективних реакціях також характеризуються дезадаптивною поведінкою, яка призводить до порушення їхнього соціального функціонування: вони або соромляться свого захворювання, або "використовують" його у своїх цілях, будують концепції паранойяльного характеру стосовно свого здоров'я, виявляють гетерогенні агресивні реакції, звинувачуючи оточення у своєму недузі тощо.

Отже, відмінності, покладені в основу поділу типів ставлення до хвороби на другий та третій блоки, полягають в тому, що при близькому спектрі емоційно-афективного реагування типів, які входять до цих блоків, відображають різну спрямованість дезадаптивної поведінки.

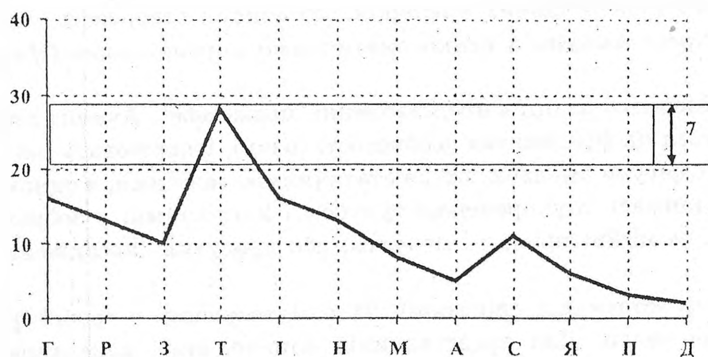


Рис. 1. Діагностується тривожний тип ставлення до хвороби (Т)



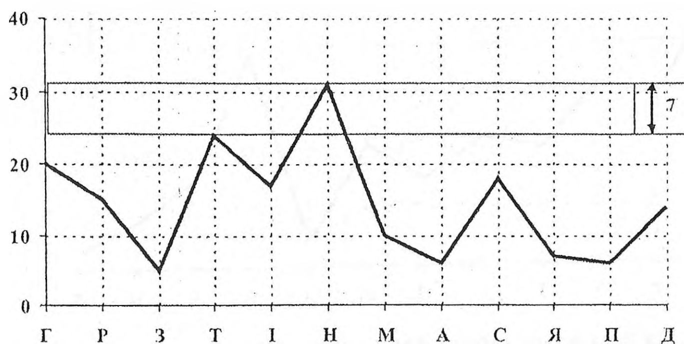


Рис. 2. Діагностується змішаний тип ставлення до хвороби (ТН)

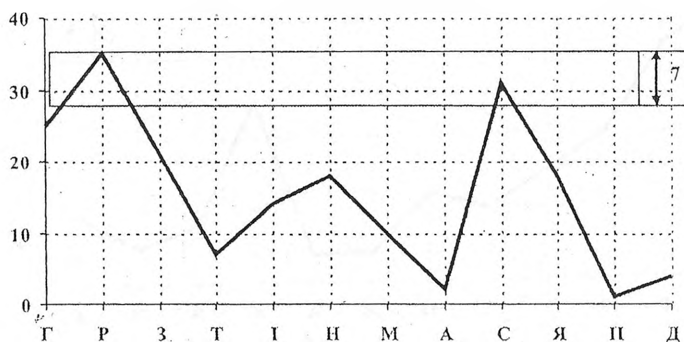


Рис. 3. Діагностується змішаний тип ставлення до хвороби (РС)

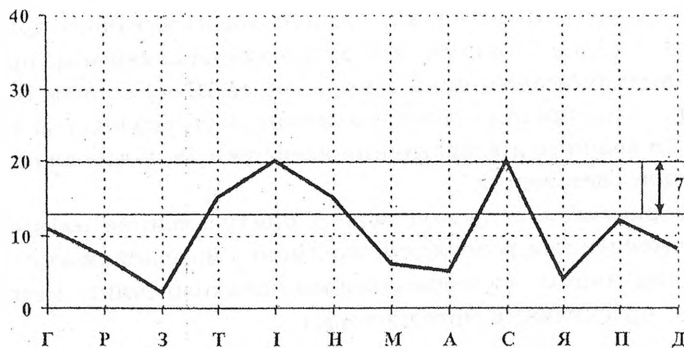


Рис. 4. Діагностується дифузний тип ставлення до хвороби

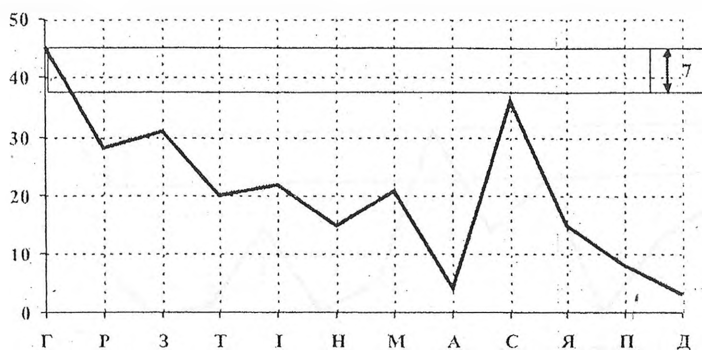


Рис. 5. Діагностується гармонійний тип ставлення до хвороби (Г)

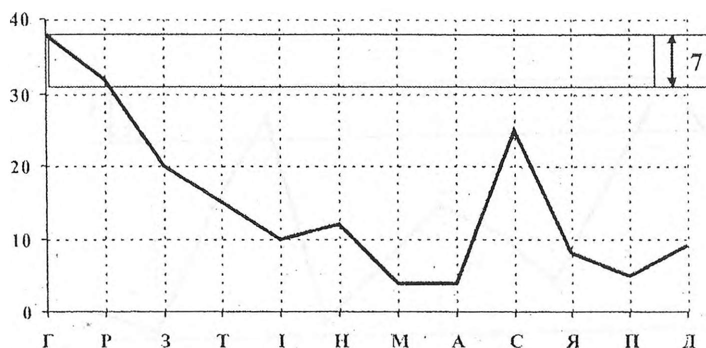


Рис. 6. Діагностується ергопатичний тип ставлення до хвороби (Р)

Інтерпретувати профіль шкальних оцінок досліджуваного доцільно не лише за окремими шкалами, а й за трьома фрагментами профілю, які відповідають описаним вище І-му, ІІ-му та ІІІ-му блокам шкал. Крім того, під час інтерпретації доцільно враховувати розподіл за темами опитувальника величин діагностичних коефіцієнтів, відображений у бланку "результати обстеження".

Під час використання запропонованого опитувальника клінічним психологам рекомендується розглядати отримані з його допомогою дані в контексті даних інших експериментально-психологічних методик (опитувальників, проективних методів тощо).



4.3. Малюнкові проективні тести

Найпопулярнішими в психології є такі тести, як тест Маховера "Намалюй людину", тест Гудінафа – Харріса "Малювання", тест "Автопортрет" в інтерпретаціях Бернса і Ріда [53]. Ці методики дають змогу створити "психофізичний" портрет індивідуальності на основі вражень досліджуваного про своє тіло. Зіставлення виділеної терапевтом структури ознак характеру з уявленнями його носія про особливості своєї психофізики розширює межі об'єктивного сприйняття цілісного зображення респондента. За допомогою аналізу зображених на тестовому малюнку області, форми і ступеня розвитку м'язових і структурних напружень ми наближаємося до розуміння психологічної суті особистості, взаємозв'язку її психічних і тілесних проявів.

На відміну від вербальних діагностичних методик, інформативність проективного малюнка значно краще виявляє дисфункції людини. Достовірність діагностики спричинена і зіставленням зон напруження на малюнку і тілі, і через реальне відчуття досліджуваним дискомфорту і навіть болю в різних частинах тіла.

У разі роботи з психосоматичними хворими рекомендуємо застосування таких малюнкових тестів.

4.3.1. Тест "Образ себе"

Аналіз досліджень тестового малюнка "Образ себе" у вибірках, що відносяться до різних культурних груп, дав змогу виділити низку найважливіших і універсальних критеріїв для опису і створення психологічного портрета людини з психосоматичними порушеннями (Никітін, 1998).

Рівень стереотипізації в представленні "образ себе". Акцент здебільшого ставиться на фрагментах особистості (очах), ігноруються кінцівки (пальці рук); фігури змальовуються статичними, важкими, в одноманітній позиції (анфас), з укороченим тулубом і кінцівками; у зображенні або відсутні емоційні прояви і почуття, або присутня "посаджена" посмішка.

Характер естетичної орієнтації. Тіла відтворюють у грубій формі, без належної уваги. Для представників жіночої статі характерне зосередження уваги на обличчі (очі, губи) та одязі, для чоловіків більш значуще все тіло, хлопчики зорієнтовані на демонстрацію сили. Рідко можна побачити пластику тіла, динамічну, "в польоті" людину; перева-

жають або "солдатики" – руки по швах, ноги разом, або "поліцейські" – руки заховані за спиною, ноги нарізно.

Рівень усвідомлення тілесної конгруентності. Голова і кінцівки, зазвичай не урівноважені, пропорції і розміри їхні недотримані. Увагу до кистей можна спостерігати тільки у художньо обдарованих респондентів із добре розвиненою дрібною моторикою. У більшості – маленькі обрубані пальці або їхня відсутність, обрубані стопи ніг, пряма жорстка спина.

Рівень рефлексії. Зображення, головно, носить позаособистісний характер. Реципієнти більшою мірою зорієнтовані на існуючі норми представлення себе, ніж на переживання і відображення свого внутрішнього світу. Особистісні мотиви пригнічуються бажанням виглядати краще в очах майбутніх глядачів. Звідси фантазії зводяться швидше до пророблення деталей костюма, ніж до спроби зобразити особливості свого типу характеру.

4.3.2. Тест "Тілесні стани"

Цей тест одночасно є і методом корекції, який застосовують у груповій тілесно-орієнтованій терапії. Він розкриває сенситивний світ людини при сприйнятті нею свого тіла [50].

Перед початком малювання треба досягти стану релаксації, щоб пережити характер тілесних відчуттів, пригадати найчастіші і типовіші, комфортні і дискомфортні прояви в різних частинах тіла. Для поглиблення враження і більшої об'єктивізації сприйняття заздалегідь виконують комплекс гімнастики, спеціально розроблений для активізації суглобів, хребта і провідних м'язових патернів, як у статиці, так і у динаміці.

На останньому етапі попереднього знайомства зі своїм тілом учасники тренінгу розділяються на групи по 4–5 осіб для проведення вправи "Глина". Один із членів групи стає об'єктом дії з боку своїх колег, що гладять, розминають, штовхають, витягують, катають і кидають його протягом 10–15 хвилин, щоб викликати раніше незнайомі йому відчуття і враження про своє тіло. Тільки після так ретельно і натхненно проведеної процедури реципієнти відтворюють у фарбах свої відчуття на малюнку. Цікаво, що унаслідок нового тілесного досвіду інформативність зображення збільшується і респонденти вперше усвідомлюють відчуття, яке раніше не помічали і не диференціювали. У процесі терапії використовувана палітра фарб стає ширшою і більш витонченою



замість використовуваних спочатку трьох-чотирьох основних кольорів. У міру терапевтичного пророблення тіла розкриваються все нові і нові горизонти його сприйняття досліджуваним, в малюнок вносяться додаткові елементи, що відображають вищий ступінь проникнення суб'єкта у своє тілесне самозвеличання. Одночасно розширюється і психологічний спектр переживань тіла; з пізнанням матеріальної суті змінюється і оцінка свого самозвеличання, свого місця у світі і свого відношення до людини загалом.

Під час зіставлення малюнків тестів "Образ себе" і "Тілесні стани" виявляється тісний взаємозв'язок між виділеними зонами "легкості", "напруження" і "болю" та характером і формами зображення психологічного образу.

Так, наприклад, спостерігається явна проекція зон "напруження" у зовнішньому вигляді намальованої людини. Респондент несвідомо схоплює і вимальовує ділянки тіла так, що в стилі зображення і в характері промальовування окремих деталей тіла можна побачити прояв як психічних, так і соматичних дисфункцій.

Звичайно, не у кожному випадку можливе пряме зіставлення. Якість діагностики залежить і від уміння респондентів малювати, і від розуміння ними поставлених завдань, і від досвіду психотерапевта спостерігати і відчувати індивідуальність. Саме тому малюнкові тести є насамперед доповненням до оцінки функціонального стану людини в рамках цілісного підходу. Об'єктивна достовірна діагностика не може бути зведена тільки до такого класу тестування.

Список літератури

1. *Абрамова Г. С, Юдиц Ю. А.* Психология в медицине. – М.: Кафедра-М., 1998.

2. *Алдер Х.* НЛП: современные психотехнологии. – СПб.: Питер, 2000.

3. *Александер Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002.

4. *Аммон Г.* Психосоматическая терапия. – СПб.: Речь, 2000.

5. *Ассаджиоли Р.* Психосинтез. – М., 1992.

6. *Ахола Т., Фурман Б.* Краткосрочная позитивная психотерапия (Терапия, фокусированная на решении). – СПб.: Речь, 2000.

7. *Бабов К. Д., Блиндер М. А., Богданов Н. Н. и др.* Немедикаментозное лечение в клинике внутренних болезней. – К.: Здоров'я, 1995.

8. *Бендлер Р., Гриндер В., Сатир В.* Семейная терапия и НЛП. – М., Ин-т общегуманитарных исследований, 1999.

9. *Березовский А.Э.* Самосознание психически больных (Понятие о внутренней картине болезни и её значение) http://psymax.ru/page-id-25-pg-2.html

10. *Берн Э.* Игры, в которые играют люди. Люди, которые играют в игры. "Университетская книга" – АСТ, СПБ. – М., 1998.

11. *Бернье Ж.* Судьбоанализ и психосоматическая медицина // Психология судьбы, 1995. – № 2.

12. *Беюл Е.А., Оленева В. А., Шатерников В.А.* Ожирение. – М.: Медицина, 1986.

13. *Бодров В.А.* Психология стресса. – М., 1995.

14. *Бройтигам В., Кристиан П., Рад М.* Психосоматическая медицина: Кратк. учебн. / Пер. с нем. Г.А. Обухова, А.В. Брунека; Предисл. В.Г. Остроглазова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999.

15. *Бурлачук Л.Ф., Грабская И.А., Кочарян А.С.* Основы психотерапии. – Киев – Москва, "Ника-Центр" – Алетейа, 1999.

16. *Бурлачук Л.Ф.* Исследование личности в клинической психологии. – М.: Медицина, 1979.

17. *Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М.* Словарь-справочник по психологической диагностике. – Киев: Наукова думка, 1989.

18. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М.: Академический проект, 1999.

19. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. – М., 1986.

20. *Варга А.Я.* Системная семейная психотерапия. – СПб.: Речь, 2001.

21. *Витакер К., Бамберри В.* Танцы с семьей. – М.: Независимая фирма "Класс", 1997.

22. Внутрішні хвороби: Навч. посібник / О.О. Якименко, Л.В.Закатова, В.В. Дець та ін.За ред. О.О. Якименко. – Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2003.

23. *Волков В.Т.* Личность пациента и болезнь. – Томск, 1995.

24. *Гавэйн Ш.* Созидающая визуализация. Http:// www.loopback.ru / psytech /practpsy

25. *Гарбузов В.И.* Концепция инстинктов и психосоматическая патология. (Наднозологическая диагностика и терапия психосоматических заболеваний и неврозов.). – СПб.: "СОТИС", 1999.

26. *Гарбузов В.И.* Практическая психотерапия. – СПб.: Сфера, 1994.

27. *Гингер С., Гингер А.* Гештальт-терапия контакта. – СПб., 1999.

28. *Губачев Ю.М., Жузжанов О.Т., Симаненков В.И.* Психосоматические аспекты язвенной болезни. – Алма-Ата, 1990.

29. *Ересько Д.Б., Исурина Г.С., Койдановская Е.В. и др.* Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах: Метод. пособие. – СПб., 1994.

✓ 30. *Изард К.Э.* Психология эмоций. – СПб.: Питер-Прес, 1999.

31. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей. – СПб.: Питер, 2000.

32. *Кабанов М. М.* Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998.

33. *Карвасарский В.Д.* Медицинская психология. – Л.: Медицина, 1982.

34. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапия. – М.: Медицина, 1985.

35. *Карвасарский Б.Д.* Психотерапевтическая энциклопедия. – СПб.: Питер Ком, 1998.

36. *Кинг М., Цитренбаум Ч.* Экзистенциальная гипнотерапия. – М.: Класс, 1998.

37. *Киппер Д.* Клинические ролевые игры и психодрама. – М., 1993.

38. *Киселева Л.* Телесно-ориентированная психотерапия: теория и практика, http://www.world-of-body.ru/ publications-top-tip/html, 2006.

39. *Кискер К.П., Фрайбергер Г., Розе Г.К., Вульф Э.* Психиатрия, психосоматика, психотерапия. – М.: Алетейа, 1999.

40. *Клименко С. Ф., Карловская Н. Н.* Роль воображения в психологической коррекции психосоматозов. – Психосфера, 1999. – №3.

41. Клиническая психология: Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002.

42. *Ковалев С.В.* Исцеление с помощью НЛП. Нейролингвистическое программирование психосоматических исцелений. – М., КСП+, 1999.

43. *Коркипа М. В., Цивильно М. А., Марилов В. В.* Нервная анорексия. – М., 1986. – 176 с.

44. *Крылов В.И.* Пограничные психические заболевания с нарушениями пищевого поведения. – СПб.: Шанс, 1995. – С. 95.

45. *Курицин И.Т.* Теоретические основы психосоматической медицины. – Л.: Наука, 1973. – 336 с.

46. *Курпатов В.И., Сергеева Л.С., Иванова. Г.А.* Особенности комплексного лечения психосоматических больных кардиологического профиля в специализированном отделении. TERRA MEDICA. 2002.

47. *Лазарус А.* Мысленным взором: Образы как средство психотерапии. – М.: Независимая фирма "Класс", 2006.

48. *Либина Е.В., Либин А.В.* Психология совладания: Психологический словарь / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – М., 1996.

49. *Личко А. Е., Иванов Н.Я.* Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатр, 1980. – Вып. 8.

50. *Лоуэн А.* Психология тела. Телесно-ориентированный биоэнергетический психоанализ. – М.: Независимая ассоциация психологов-практиков, 1997.

51. *Лурия Р.А.* Внутренняя картина болезни и интрогенные заболевания. – М.: "Медицина", 1977.

52. *Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. и др.* Психосоматические расстройства в общей медицинской практике. – СПб., НИ психоневрологический ин-т им. В.М.Бехтерева, 2000.

53. *Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф.* Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб., 1996.

54. *Малкина-Пых И. Г.* Психосоматика: Справочник практического психолога. – М.: Изд-во Эксмо, 2005.

55. *Михайлов Б. В., Сердюк А. И., Федосеев В. А.* Психотерапия в общесоматической медицине: Клиническое руководство / Под общ. ред. Б.В. Михайлова. — Харьков: Прапор, 2002.

56. *Немиринский О.В.* Гештальт-терапия психосоматических расстройств // Московский психотерапевтический журнал, 1997. – № 1.

57. *Никитин В.Н.* Психология телесного сознания. – М.: Але-тейа, 1998.

58. *Николаева В.В.* О психологической природе алекситимии. Интернет-журнал "Ломоносов", 2000, http://lomonosov.rambler.ru/

59. *Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1995.

60. *Обухов Я.Л.* Глубинно-психологический подход в психотерапии психосоматических заболеваний. – М., 1997.

61. *Пезешкиан Х.* Психосоматическая медицина и позитивная психотерапия. – М., 1996.

62. *Перлз Ф.* Эго, голод и агрессия. – М.: Смысл, 2000.

63. *Перлз Ф., Гудмен П., Хефферлин Р.* Практикум по гештальт-терапии. – М.: Издательство Института психотерапии, 2001.

64. Применение Гиссенского опросника соматических жалоб в клинике пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств. Методическое пособие. – СПб, 1993.

65. Проблемы медицинской психологии в онкологии и психосоматической медицине / Под общ. ред. Т.З. Биктимирова, О.П. Модникова – Ульяновск, 1998.

66. Психосоматика. Взаимосвязь психики и здоровья. Хрестоматия / Сост. К.В. Сельченок. – Минск: Харвест, 1999.

67. *Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г.* Посттравматическое стрессовое расстройство. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2000.

68. *Радченко А.* Психотерапия психосоматических заболеваний и расстройств // Методы современной психотерапии. Учебное пособие / Сост. Л.М. Кроль, Е.А. Пуртова. – М.: Класс, 2001.

69. *Райгородский Д.Я.* Практическая психодиагностика. – Самара: БАХРАХ, 1999.



70. *Райх В.* Функция оргазма. – СПб.–М.: Университетская книга. – АСТ, 1997.

71. *Рудестам К.* Групповая психотерапия. – СПб.: Питер, 1998.

72. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Восхождение к здоровью. Новый взгляд на тяжелые болезни. – СПб., 1996.

73. *Саймонтон К., Саймонтон С.* Психотерапия рака. – СПб.: Питер, 2001.

74. *Сатир В.* Психотерапия семьи. – СПб.: Ювента, 1999.

75. Свободное тело. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Сост. В.Ю. Баскаков. – М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001.

76. *Селье Г.* Стресс без дистресса. – М.: Прогресс, 1982.

77. *Смулевич А.Б.* Психосоматические расстройства (клиника, терапия, организация медицинской помощи) // Психиатрия и психофармакотерапия, 2000. – Т. 2.

78. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. – М., 1995.

79. *Ташлыков В.А.* Психологическая защита у больных неврозами и психосоматическими расстройствами: Пособие для врачей. – СПб., 1992.

80. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986.

81. *Тройский А.В.* Гештальт-подход и клиническая медицина: проблемы интеграции // Российский гештальт (вып. 3) / Под ред. Н.Б. Долгополова, Р.П. Ефимкиной. – Новосибирск: Научно-практический центр психологии НГУ, 2001.

82. *Тулянкин В.* Домашний доктор. (Інтернет-ресурс http://www.medbook.lviv.ua/book/211/)

83. *Фанч Ф.* Преобразующие диалоги. – Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1997.

84. *Ферс Г.М.* Тайный мир рисунка. Исцеление через искусство. – СПб.: Европейский дом, 2000.

85. Хрестоматия по телесно-ориентированной психотерапии и психотехнике / Сост. В.Ю. Баскаков. – М.: Смысл, 1997.

86. *Хэй Л.* Исцели себя сам. Психологические причины болезней и метафизические пути их преодоления. – Кишинев, 1996.

87. Энциклопедия традиционной и нетрадиционной медицины. (Інтернет-ресурс http://lechebnik.info/med/med9-8.htm).

88. *Brautigam W., Christian P.* Psychosomatische Medizin. Theime, Stuttgart, 1973.

89. *Nemiah, J.C., P.E. Sifneos:* Affect and fantasy in patients with psychosomatic disorders. In O.W. Hill: Modern Trends in Psychosomatic Medicine. Butterworth. – London, 1970.

90. *Drewnowski A, Yee D., Kurth C., Krahn D.:* Eating pathology and DSM-III-R bulimia nervosa: A continuum of behavior. Am J Psychiatry 1994.

91. *Haberas T., Muller M.* Das Bulimiesyndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. Nervenarzt., 1986.

92. *Rudolf G.* Psychodynamische und psychopathologische Aspekte des Diabetes meilitus. Z. Psychosom. Med. Psychoanal., 1970.